

# Anmeldung Betreutes Wohnen

## EINLEITUNG

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

## Mietobjekt

2-Zimmerwohnung Nummer \_\_\_\_\_

Ferienwohnung

Garagenplatz:  ja  nein

Haustier:  ja  nein

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

## Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf oder Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere

Sohn/Tochter des: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name des Vaters)

Sohn/Tochter der: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name der Mutter)

Zivilstand:  ledig  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Heimatort / Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Letzter Wohnort (genaue Adresse): \_\_\_\_\_

Wohnhaft in dieser Gemeinde seit: \_\_\_\_\_

Letzte Wohnform vor dem Eintritt:  Privathaushalt  Spital  
 anderes Heim: \_\_\_\_\_

Spitex-Betreuung vor dem Eintritt:  nein  
 ja (Gemeinde: \_\_\_\_\_)

## Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Karten-Nummer: \_\_\_\_\_

Karte gültig bis: \_\_\_\_\_

Leistung:  Allgemein  Halbprivat  Privat

→ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.

## Haftpflichtversicherung

Name/Adresse der Versicherung: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

## Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

→ Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

2. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

3. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner  1. Kontakt  2. Kontakt  3. Kontakt

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

## Augenarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Zahnarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Finanzierung

→ *bitte aktuelle, detaillierte Steuerveranlagung beilegen.*

Die Rechnungsstellung der Rechnung erfolgt an:

- Bewohner       1. Kontakt       2. Kontakt       3. Kontakt  
 Treuhandbüro       via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- Bewohner       1. Kontakt       2. Kontakt       3. Kontakt  
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?       ja       nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?       ja       nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Haben Sie jemals Schenkungen gemacht?       ja       nein

Besitzen Sie Grundeigentum?       ja       nein

Wenn ja, ist eine Liegenschaft selbstbewohnt durch:

- Ehefrau / Ehemann       eingetragen(e) Partner oder Partnerin

→ *Der/die Unterzeichnende erklärt mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass für die Bezahlung der Heimkosten vollumfänglich Garantie übernommen wird und entsprechende Sicherheiten vorhanden sind. In diesem Falle sind zusätzlich zu den geforderten Belegen noch folgende Unterlagen beizulegen:*

- Kontostände Bank/Post per 31.12. des vergangenen Jahres
- Quittung / Beleg der letzten AHV-Rentenzahlung
- Quittung / Beleg der letzten Rentenzahlung der Pensionskasse
- Quittungen / Belege allfällig weiterer regelmässiger Einkünfte

## Gesundheitsfragen

- Sind Sie Raucher?  ja  nein
- Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?  ja, am \_\_\_\_\_  nein
- Haben Sie eine Booster-Impfung erhalten?  ja, am \_\_\_\_\_  nein
- Sind Sie von einer COVID-19 Infektion genesen?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie des Zertifikates beilegen.

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut?  ja  nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

### Spitexorganisation:

Name der Spitex: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

→ Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

## Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.

## Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.

## Diverse Wünsche

Montagearbeiten:  ja  nein

wenn ja, welche Leistungen: \_\_\_\_\_

Elektroarbeiten:  ja  nein

wenn ja, welche Leistungen: \_\_\_\_\_

## Weitere Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften:

\_\_\_\_\_  
Bewerbende(r)

\_\_\_\_\_  
Vertreter(in)

## Beilagen zur Anmeldung einer 2-Zimmer-Wohnung

Folgende Unterlagen sind zwingend vollständig beizulegen:

- Totalkosten der Krankenkassenprämie (Police)
- Aktuelles Arztzeugnis
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung (inkl. Details)
- (evtl.) Total Angaben für allg. Lebenskosten pro Monat (Kleider, Einrichtung, weitere Versicherungs-Prämien, Kosten Auto/Verkehrsmittel, Taschen-Geld, Ferien, Freizeit, Geschenke, Tabakwaren etc.)
- Kontostände Bank/Post per 31.12.
- Quittung/Beleg der letzten AHV-Rentenauszahlung
- Quittung/Beleg der letzten Rentenzahlung der Pensionskasse
- Quittungen/Belege allfällig weiterer, regelmässiger Einkünfte
- Kopie Krankenkassenkarte (beidseitig)

Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

Falls Spitexleistung benötigt:

- Verordnung vom Arzt (ärztliches Zeugnis)
- Ärztliches Diagnoseblatt
- Überweisungsbericht von Spitex

