Anmeldung Kurzzeitaufenthalt oder Tagesbetreuung

Kurzzeitaufenthalt vom _____ bis _____

Tagesaufenthalt,
(09.00 – 16.00 Uhr) ab wann _____ Wochentag/e _____

Hielten Sie sich bereits ein- oder mehrmals als Kurzzeitaufenthalter/In oder Tagesaufenthalter/In in der Stiftung Blumenfeld auf? ☐ ja ☐ nein

Name		Vorname	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Heimatort		Schriften in Gemeinde	
Strasse		PLZ, Wohnort	
Telefon		Zivilstand	
Seit wann am jetzigen Wohnort		Konfession	
Ehefrau/Ehemann		Geburtsdatum	
Anzahl Kinder		Früherer Beruf	

Wünschen Sie einen Telefonanschluss	Ja ☐	Nein ☐
Wünschen Sie einen Telefonapparat (Miete)	Ja ☐	Nein ☐
Wünschen Sie einen TV (Gebühren)	Ja ☐	Nein ☐

Wer ist für die Finanzen zuständig/Rechnungsadresse

Name		Vorname	
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon Privat		Handy od. Geschäft	
Verwandtschaftsgrad/Beziehung		Email-Adresse	

Rechnung per E-Mail versenden	Ja ☐	Nein ☐
Sind die Bankvollmachten vorhanden/geregelt	Ja ☐	Nein ☐
Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen	Ja ☐	Nein ☐

Besteht eine Beistandschaft Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, Name, Vorname, Adresse der Beistandschaft

_____

_____

Bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde beilegen

Falls keine Beistandschaft, besteht eine administrative Vertretung?
Falls ja, bitte Name, Vorname, Adresse angeben

_____

_____

Wichtige Adresse von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

➔ Person in Feld „Nr. 1", welche bei medizinischen Ereignissen zu benachrichtigen ist! ←

Nr. **1**	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Weitere wichtige Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

Nr. **2**	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Nr. **3**	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Name des Hausarztes	Adresse, PLZ Ort	Tel. Nr.
Name Krankenkasse	Mitglieder-Nummer	
Name Unfallversicherung	Mitglieder-Nummer	
Obligatorisch: Privathaftpflichtversicherungsgesellschaft, Adresse, PLZ Ort	Policen-Nummer	

Besteht eine Patientenverfügung? Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen _____

_____

Der Anmeldung sind folgende Schriftstücke beizulegen

- Kopie des Schriftenempfangsscheines **oder** einer gleichwertigen Wohnsitzbescheinigung
- Kopie der Krankenkassen-Karte (beidseitig)

Aufnahme

- Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Entgegennahme dieser Anmeldung keine Zusicherung für eine eventuelle Aufnahme gegeben wird. Über die Aufnahme entscheidet die Geschäftsführung.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Mitarbeitenden der Stiftung Blumenfeld weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn, resp. Vertretung

_____

_____

Visum Geschäftsführer

_____