

Anmeldung Langzeitpflege

Dringende Anmeldung Vorsorgliche Anmeldung

Bitte zutreffende Aussage ankreuzen

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____
Heimatort	_____	Schriften in Ge- meinde	_____
Strasse	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon	_____	Zivilstand	_____
Seit wann am jetzi- gen Wohnort	_____	Konfession	_____
Ehefrau/Ehemann	_____	Geburtsdatum	_____
Anzahl Kinder	_____	Früherer Beruf	_____

Wünschen Sie einen Telefonanschluss Ja Nein

Wünschen Sie einen Telefonapparat (Miete) Ja Nein

Private Festnetz-Telefonnummer portieren Ja Nein

Wer ist für die Finanzen zuständig/Rechnungsadresse

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon Privat	_____	Handy od. Geschäft	_____
Verwandtschafts- grad/Beziehung	_____	E-Mail-Adresse	_____

Rechnung per E-Mail versenden Ja Nein

Sind die Bankvollmachten vorhanden/geregelt 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

- Einwohner der Gemeinde Zuchwil erhalten bei der Aufnahme den Vorzug.
- Gesuchsteller des Kantons Solothurn, ausserhalb von Zuchwil, wollen sich bitte zusätzlich in dem für ihren Wohnort zuständigen Alters- und Pflegeheim anmelden.
- 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
