

## 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

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. <b>1</b>	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Verwandtschaftsgrad/Beziehung

**Weitere wichtige Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen**

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

Nr. <b>3</b>	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	
<b>Obligatorisch:</b> 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

\_\_\_\_\_