

Anmeldeformular Heimzentrum Montalin/Rothenbrunnen

Personalien / Personendaten							
Name			V	orname	;		
Telefon / Mobile-Nummer			·				
Geburtsdatum	Heimator				ntkanton		
Zivilstand	Sozialve			ersicherungsnummer			
Zivilrechtlicher Wohnsitz	seit						
Konfession		<u>-</u>					
Krankenkasse mit Sektion							
Versicherungsnummer			_				
Privathaftpflichtversicherung	Ja	Ja Nein Wenn ja Versicherung					
Angaben zu IV-Rente	Ja		Nein		Grad:	In Abkl	lärung 🗌 Sistiert 🗌
Angaben zum Hilflosengrad							
☐ 0 Keine Hilflosigkeit		2 Mittlere Hilflosigkeit					
☐ 1 Leichte Hilflosigkeit		☐ 3 Schwere Hilflosigkeit					
Fürsorgliche Unterbringung	Ja		Nein		Rollstuhl	Ja 🗌	Nein 🗌
Patientenverfügung	Ja		Nein				
Beistandschaft							
☐ Begleitbeistandschaft			☐ Vert	tretungs	beistandschaft		
☐ Mitwirkungsbeistandschaft ☐ Umfassende Beistandschaft ☐ gemischte Beistandschaf							
Adresse Beistand oder stellve	rtretend	de Pe	rson				
Name / Vorname							
Adresse							
PLZ / Ort							
Tel. / E - mail							
Adresse Angehörige		Ehega	tte 🗌	Eltern	Geschwiste	er 🗌	Andere
Name / Vorname							
Adresse / PLZ / Ort							
Tel. / E - mail							
Rechnungsadresse (wenn nicht identisch wie Adresse Beistand)							
Name / Vorname							
Adresse							
PLZ / Ort							
Tel. / E-mail							



Kontaktpersonen Behandlung						
Hausarzt						
Name / Vorname						
Adresse / PLZ / Ort						
Tel. / E - mail						
Psychiater						
Name / Vorname						
Adresse / PLZ / Ort						
Tel. / E - mail						
Zahnarzt						
Name / Vorname						
Adresse / PLZ / Ort						
Tel. / E - mail						
Gynäkologe						
Name / Vorname						
Adresse / PLZ / Ort						
Tel. / E - mail						
Weitere						
Name / Vorname						
Adresse / PLZ / Ort						
Tel. / E - mail						
Eintritt Eintrittsgrund						
Gewünschter Eintrittstermin						
Aufenthalt vor Eintritt						
-	· Kopie IV-Verfügung · Kopie HE-Verfügung (wenn vorhanden) · Kopie Ernennungsurkunde (wenn vorhanden)					
Datum	Visum Zuweiser					