

# Anmeldung Wohnen mit Betreuung (Seniorenzentrum)

## 1. Personalien der eintretenden Bewohnerin/des eintretenden Bewohners

Familienname (inkl. Ledigname)

Vorname (inkl. Zweit- oder Rufname)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

## 2. Heutige Wohnadresse

Strasse/Hausnummer

PLZ/Wohnort (Kanton)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. (Festnetzanschluss)

Natel-Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anmeldung erfolgt

- vorsorglich  
 aus medizinischen Gründen, dringend  
 aus lebensumständlichen und wohnbedingten Gründen, dringend

Der Eintritt wird gewünscht

- sofort  
 auf den \_\_\_\_\_

## 3. Persönliche Angaben

Zivilstand

Konfession

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heimatort

Heimatschein deponiert in<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer  
(13-stellige AHV-Nr.)<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Gehört zum Vertrag «Aufenthalt mit Pflege- und Betreuungsleistungen»

<sup>2</sup> Dieser wird vom Zivilstandsamt der zuständigen Heimatgemeinde ausgestellt. Bei Veränderung des Zivilstandes ist der bei der Schriftenkontrolle deponierte Heimatschein entsprechend ändern zu lassen.

<sup>3</sup> Kopie des Sozialversicherungsausweises der Anmeldung beilegen

#### 4. Angaben zur Krankenversicherung<sup>4</sup>

Versicherungsklasse

- Privat (Zusatzversichertenkarte)
- Halbprivat (Zusatzversichertenkarte)
- Allgemein (Obligatorische Krankenversicherung)

---

Name und genaue Postanschrift der Krankenversicherung (obligatorische Krankenversicherung)

---

Name und genaue Postanschrift der der Krankenversicherung **mit Zusatzversicherung**

#### 5. Hausarzt<sup>5</sup>

Name

Vorname

Strasse/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon-Nr. (Festanschluss)

Natel-Nr.

E-Mailadresse

---

<sup>4</sup> Kopie des Versicherungsausweises beilegen. Wird für die Leistungsverrechnung benötigt.

<sup>5</sup> Das Seniorenzentrum hat keinen eigenen Heimarzt. So empfehlen wir den Eintretenden, sich bei einem Arzt des Vertrauens anzumelden. Andernfalls wird sich das Seniorenzentrum in einem Notfall oder einer Krise, direkt an den diensthabenden Notfallarzt wenden.

**6. Behandelnder Arzt**

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr. (Festanschluss)	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	
_____	

**7. Allenfalls weitere Ärzte,  Zahnarzt**

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	
_____	

**8. Allenfalls weitere Ärzte,  Augenarzt**

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	
_____	

**9. Fragen zu Sonderleistungen<sup>6</sup>**

Nehmen Sie Leistungen der Spitex in Anspruch (z.B. Pflege, Hauswirtschaft, Menüservice)?

Ja

Nein

Nehmen Sie Leistungen der Pro Senectute in Anspruch (z.B. Hauswirtschaft)?

Ja

Nein

Nehmen Sie Leistungen anderer Institutionen in Anspruch?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?

**10. Fragen zur gesetzlichen Vertretung, Beistand**

Der Eintretende/die Eintretende

hat **keinen** Beistand (gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter) > weiter zu Pkt. 13

hat einen Beistand (gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter)

Kopie der schriftlichen Mitteilung der Sozialbehörde der zuständigen Gemeinde beilegen > weiter zu Pkt. 11

wird vertreten durch einen Familienangehörigen (Kopie der Generalvollmacht beilegen) > weiter zu Pkt. 12

**11. Adresse des Beistandes (gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter)**

Name

Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gemeinde (Sozialamt)

\_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer

PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

Natel-Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mailadresse

\_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Mit dem Eintritt in das Seniorenzentrum sind diese Leistungen hinfällig und müssen durch den Eintretenden bzw. seine gesetzliche Vertretung (Beistand, Berechtigter mit Generalvollmacht), gekündigt werden.

**12. Adresse des Familienangehörigen, der die Eintretende / den Eintretenden vertritt**

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mail-Adresse	
_____	

**13. Fragen zur Rechnungsstellung, Erste Kontaktperson, Zweite Kontaktperson**

Die Rechnungsstellung der Hardmatt und weitere Korrespondenzen, die im Zusammenhang mit dem Aufenthalt der Neueintretenden/des Neueintretenden stehen, gehen an die:

- Postadresse Neueintretende/r (somit: Hardmatt Seniorenzentrum)
- Postadresse Beistand (gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter), siehe Pkt. 11
- Postadresse Familienangehöriger, der die Eintretende/den Eintretenden vertritt, siehe Pkt. 12

**14. Fragen betreffend Erstkontakt, im Falle einer Krise, bzw. Notfallsituation**

Die folgende Person ist als erstes zu informieren  
(Beziehung zum Eintretenden/zur Eintretenden)

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	Beziehung
_____	_____

Die folgende Person ist als zweites zu informieren  
(Beziehung zum Eintretenden/zur Eintretenden)

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	Beziehung
_____	_____

Die folgende Person ist weiter zu informieren  
(Beziehung zum Eintretenden/zur Eintretenden)

Name	Vorname
_____	_____
Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
_____	_____
E-Mailadresse	Beziehung
_____	_____

**15. Unterschrift (Eintretende/Eintretender, Beistand, Berechtigter mit Generalvollmacht)**

- Eintretende/Eintretender
- Beistand
- Berechtigter mit Generalvollmacht

Ort und Datum:

Unterschrift:

1 Unterlagen bzw. jeweilige Kopien, die bei der Anmeldung vorliegen sollten:

- Kopie des Sozialversicherungsausweises
- Kopie der Versichertenkarte Obligatorische Krankenversicherung
- Kopie der Versichertenkarte Zusatzversichertenkarte (wenn versichert)
- Ergänzungsleistungen (EL), Bezüger
- Patientenverfügung vorhanden?
- Generalvollmacht vorhanden?