

**Anmeldung**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Ledigname \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_ Spitex  ja  nein  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Aktuelle Adresse \_\_\_\_\_

Zivilrechtlicher  
Wohnsitz \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_

urteilsfähig  
gemäss  
Arztzeugnis  ja  nein (Zutreffendes ankreuzen)

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Mitgl.-Nr. \_\_\_\_\_  
(Kopie Krankenkassen-Karte Vorder- und Rückseite beilegen) \_\_\_\_\_

Hausarztmodell  ja  nein

Hausarzt \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten**

Patientenverfügung  ja  nein  
Vorsorgeauftrag  ja  nein  
Beistandschaft  ja  nein

**Eine Kopie der/des Dokumente/-s sind/ist der Anmeldung beizulegen.**

**Adresse Vertreter/-in (Bezugsperson 1)**

Primäre Ansprechperson für persönliche Belange, so namentlich für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung. Für finanzielle Belange ist sie ebenfalls Ansprechperson, falls kein separater Rechnungsempfänger/-in angegeben ist. Der/Die Vertreter/-in (Bezugsperson 1) erhält regelmässig Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angebote für Angehörige.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### **Adresse Bezugsperson 2**

Sekundäre Ansprechperson für alltägliche Belange. Sie erhält regelmässige Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angehörigen Angebote – sofern gewünscht.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Wünscht regelmässige Informationen der Sonnweid zu erhalten  ja  nein

### **Weitere Kontaktpersonen**

Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und der Station zur Kenntnisnahme weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie uns diese Adressen mittels einer Beilage mitzuteilen.

### **Rechnungsempfänger**

Ansprechperson für finanzielle und damit zusammenhängende, administrative Belange. Der/Die Rechnungsempfänger/-in erhält so namentlich die Heimrechnungen.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### **Unterschrift der vertretungsberechtigten Person**

Liegt keine Patientenverfügung, kein Vorsorgesauftrag und keine Beistandschaft vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt:

1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister (vgl. ZGB Art. 382 Abs. 3).

Die vertretungsberechtigten Personen bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_