

**Anmeldung**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Ledigname \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Spitex  ja  nein

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Covidimpfung** erfolgt  ja  nein  erwünscht  
(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

**Booster-Impfung** erfolgt  ja  nein  erwünscht  
(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Mitgl.-Nr./Police-Nr. \_\_\_\_\_  
Kartenummer 80756 \_ \_ \_ \_ \_

**(Kopie Krankenversicherten-Karte Vorder- und Rückseite beilegen)**

Hausarztmodell  ja  nein

Hausärztin/  
Hausarzt \_\_\_\_\_

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

**Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten**

Patientenverfügung  ja  nein

Vorsorgeauftrag  ja  nein

Beistandschaft  ja  nein

**Eine Kopie des jeweiligen Dokuments ist der Anmeldung beizulegen.**

**Adresse Vertreterin/Vertreter (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 keine separate Rechnungsempfängerin/kein separater Rechnungsempfänger angegeben ist. Die Vertreterin/der Vertreter (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 auch weitere Bezugspersonen angegeben werden.

## Rechnungsempfängerin/Rechnungsempfänger

Ansprechperson für finanzielle und damit zusammenhängende, administrative Belange. Die Rechnungsempfängerin/der Rechnungsempfänger erhält Heimrechnungen und die Abrechnung der ärztlichen Leistungen.

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 vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt:

1. Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner, 2. Lebenspartnerin/Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister.

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_