# Anmeldung für einen Temporär-/Langzeitaufenthalt

**Pflege & Betreuung oder Wohnungen**

Stand 02.2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pflegebereich  |  | Wohnung |
| [ ]  | Einerzimmer in Wohngruppe |  | [ ]  | 1 ½ Zimmer |
| [ ]  | Einerzimmer |  |  | [ ]  | 2 Zimmer  |
| [ ]  | Zweierzimmer |  |  | [ ]  | 2 ½ Zimmer  |
| [ ]  | Gastzimmer ohne Inhouse-Spitex |  | [ ]  | 3 ½ Zimmer |
| [ ]  | Gastzimmer mit Inhouse-Spitex |  | [ ]  | Garagenplatz |
| Gewünschter Eintritt |
| [ ]   | Dringlich  | bis [ ]  | Innerhalb 12 Monaten  | [ ]  | Vorsorglich  |
| Bemerkung:  |       |
|  |       |
| **Personalien und allgemeine Angaben** |
| Name und lediger Name |       |
| Vorname |       | Strasse |       |
| Wohnort |       | Kanton  |       |
| Tel. Privat |       | Tel. Mobil  |       |
| E-Mail  |       | Konfession |       |
| Heimatort |       | Muttersprache |       |
| Geb. - Datum |       | Soz. Vers.**1)** | **756 …** |
| Zivilstand |       | Ehem. Beruf |  |
| **Gegenwärtiger Aufenthalt**  |  |
| [ ]  | Institution (Spital, Klinik etc.) |       |
| [ ]  | Privathaushalt  |  |  |
| Es besteht eine Beistandschaft | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| **Kontaktperson** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ, Wohnort |       |
| Tel. Privat |       | Tel. Mobil |       |
| Tel. Gesch. |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| E-Mail  |       |

|  |
| --- |
| **Ergänzende Informationen** |
|       |
|       |
|       |
|       |
| Weitere Bezugspersonen  |  |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ, Wohnort |       |
| Tel. Privat |       | Tel. Mobil |       |
| Tel. Gesch. |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| E-Mail  |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Bezugspersonen oder Vertretung**  |
| **[ ]**  | Kontaktperson  | **[ ]**  | Beistand | **[ ]**  | andere |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ, Wohnort |       |
| Tel. Privat |       | Tel. Gesch. |       |
| E-Mail |       | Tel. Mobil |       |
| Hausärztin/Hausarzt  |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ, Wohnort |       |
| Telefon |       |
| Krankenkasse 2) |
| Name | \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PLZ, Ort  |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mitgliedernummer |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bemerkung |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort / Datum |      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Unterschrift | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**1) Kopie des Sozialversicherungsausweises beilegen**

**2) Kopie der Versicherungskarte Ihrer Krankenkasse beilegen (Vorder- und Rückseite)**

**Ermächtigung zur Auskunft**

**Sie ermächtigen die Verwaltung des Alterszentrums Kehl, sämtlichen Behörden und Amtsstellen die gewünschten Auskünfte zu erteilen.**

Bitte senden Sie das Anmeldeformular und die Kopien an:

|  |  |
| --- | --- |
| Alterszentrum Kehl BewohneradministrationIm Kehl 75400 Baden | Tel. 056 200 28 28 Fax 056 200 28 29info@daskehl.ch[www.daskehl.ch](http://www.daskehl.ch)  |