

## Anmeldeformular

Anmeldung Warteliste\*

Anmeldung Eintritt

Unbefristet

Datum Anmeldung: \_\_\_\_\_

Datum Eintritt: \_\_\_\_\_

Ferienaufenthalt bis: \_\_\_\_\_

Name*		Vorname*	
Ledigname		PLZ / Ort*	
Strasse*		Mobiltelefon*	
Telefon*		E-Mail*	
Geburtsdatum*		Soz. Vers. Nr.*	
Heimatort		Staatsangehörigkeit	
Heimatschein hinterlegt in*		Mietverhältnis/ Eigentum	
Zivilstand		Konfession	
Muttersprache		Ehemaliger Beruf	
Newsletter (E-Mail)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bisheriger Aufenthalt (Bsp. Spital?)			
Krankenkasse Grundversicherung		Mitglieder-Nr.	
Gewünschte Wohnung/Zimmer*	<input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.5 (im Gerbhof möglich) <input type="checkbox"/> Weiher <input type="checkbox"/> Gerbhof	<input type="checkbox"/> Pflegeabteilung <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
Gewünschte Wohnform*	<input type="checkbox"/> Comfort-Wohnen <input type="checkbox"/> Standard-Wohnen (im Weiher möglich)		
Haftpflichtversicherung	Name Versicherung	Policen-Nr.	
Angaben zur AHV/ IV Rente	Ausgleichskasse/ Kanton	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> AHV
Allergien			
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gewünschter Eintritt*	<input type="checkbox"/> dringlich (sobald ein Platz frei ist)	<input type="checkbox"/> Wunschtermin:	<input type="checkbox"/> vorsorglich (ich melde mich, sobald ich eintreten möchte)

<b>Hausarzt</b>	Name, Vorname:
	Adresse:
	Telefon:
	E-Mail:
<b>Weiterer Arzt</b>	Name, Vorname:
	Adresse:
	Telefon:
	E-Mail:
<b>Spezialarzt</b>	Name, Vorname:
	Adresse:
	Telefon:
	E-Mail:
<b>Besitzen Sie eine Patientenverfügung?</b>	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag?</b>	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?*</b>	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Wer macht Ihre Finanzverwaltung?</b>	<input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> durch: _____
<b>Besteht eine Beistandschaft?</b>	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein
	Name, Vorname:
	Adresse:
	Telefonnummer:
	E-Mail:
<b>Dürfen Aufnahmen gemacht werden?</b>	Social Media (Homepage, Facebook etc.)      → <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zeitungsartikel, Flyer, Broschüren etc.      → <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



**Kontakt-/Bezugspersonen\* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe etc.)**

Bitte in der Reihenfolge, wie sie in Notfällen zu benachrichtigen sind.

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson	3. Bezugsperson
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Strasse	Strasse	Strasse
PLZ / Ort	PLZ / Ort	PLZ / Ort
Telefon Privat	Telefon Privat	Telefon Privat
Telefon Mobil	Telefon Mobil	Telefon Mobil
Telefon Geschäft	Telefon Geschäft	Telefon Geschäft
E-Mail	E-Mail	E-Mail
Beziehung	Beziehung	Beziehung
Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Rechnung geht an  Bewohner/in  1. Bezugsperson  nachstehende Adresse

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon / Mobil	E-Mail

Rechnung per  E-Mail oder per  Post  
 Die Korrespondenz geht an  Bewohner/in  1. Bezugsperson  
 Rechnungsadresse  nachstehende Adresse

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon / Mobil	E-Mail

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Handhabung Ihrer persönlichen Post an

<input type="checkbox"/> Meine Post bitte in den Briefkasten einwerfen (Appartement).	<input type="checkbox"/> Meine Post bitte durch die Pfleger Mitarbeiter ins Zimmer legen (Pflegeabteilung).	<input type="checkbox"/> Meine Post wird regelmässig von Angehörigen am Empfang abgeholt.	<input type="checkbox"/> Meine Post bitte sammeln und monatlich an folgende Adresse senden (Beistand/Wohngruppe): _____ _____ _____
---	---	---	--



<b>Hauswirtschaftliche Dienstleistungen für:</b>  _____	<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne den <u>Wäscheservice</u> der Stiftung VitaTertia nutzen, inkl. kleineren Instandstellungsarbeiten.	<input type="checkbox"/> Ich möchte meine Wäsche <u>privat</u> aufbereiten.
	<input type="checkbox"/> Ich möchte, dass bei meiner Abwesenheit mein Appartement gereinigt wird.	<input type="checkbox"/> Ich möchte <u>nicht</u> , dass bei meiner Abwesenheit mein Appartement gereinigt wird.
<b>Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?</b>	<input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Suchmaschine <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Gedrucktes Inserat <input type="checkbox"/> Newsletter/Flyer <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte

Die Verrechnungen sind gemäss der separaten Preisliste "Dienstleistungen und individuelle Angebote". Bei Fragen können Sie sich jederzeit bei uns melden.

**Bitte dieser Anmeldung vor Eintritt eine Kopie der Vorder- und Rückseite der Krankenkassenkarte sowie des Passes oder der Identitätskarte beilegen**

#### Bemerkungen

\* Pflichtangaben für Anmeldung Warteliste

#### Datenschutz

Die Stiftung VitaTertia bearbeitet die persönlichen Daten wie in den Allgemeinen Vertragsbestimmungen dargestellt und beachtet dabei die Grundsätze des Datenschutzgesetzes.

Der Bewohner / die Bewohnerin nimmt Kenntnis davon, dass die Stiftung VitaTertia im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und / oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Bewohner / die Bewohnerin hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken.

Nimmt der Bewohner / die Bewohnerin dieses Recht nicht wahr, kann die Stiftung VitaTertia dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt der Bewohner / die Bewohnerin der Stiftung VitaTertia, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet die Stiftung VitaTertia diesbezüglich vom Arztgeheimnis und von der Schweigepflicht.

Der Bewohner / die Bewohnerin und Beteiligte bestätigen damit einverstanden zu sein, unverschlüsselte E-Mails zu erhalten.

Mit der Unterschrift bestätigt der Bewohner / die Bewohnerin die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interessent/in / Bewohner/in\*

