

# Anmeldeformular

- Alters- und Pflegeheim Therwil**
  - Pflegewohnung Ettingen**
  - Pflegewohnheim Flühbach**
  - Ferienaufenthalt im APH Therwil** von Datum \_\_\_\_\_ bis Datum \_\_\_\_\_
- Eintritt dringend\***  
 (Bei freierwerdendem Heimplatz werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen)
- Eintritt gelegentlich**  
 (wird der Eintritt dringend, erwarten wir Ihren Bericht)

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Mobile _____
Schriftenort _____	Heimatort _____
Geburtsdatum _____	Zivilstand _____
Konfession _____	AHV-Nr. _____

## Krankenkasse

Name Krankenkasse \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

Sektionsadresse \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____

## Fachärzte (Zahnarzt, Augenarzt etc.)

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Fachgebiet _____

## Weitere Fachärzte

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Fachgebiet _____

**Administration/Finanzen** (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Patientenverfügung  ja\*  nein  
Vorsorgeauftrag  ja\*  nein  
Ergänzungsleistung  ja\*  nein  angemeldet  
Hilflosenentschädigung  ja\* ( leicht  mittel  schwer)  
 nein  angemeldet

\* Bitte eine Kopie der Verfügung der Anmeldung beilegen.

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut  ja  nein

.....

**Beistand**  ja  nein

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** An wen können wir uns wenden, betreffend Korrespondenz/  
Zimmerangebot?

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Ansprechperson Finanzen/Rechnungsempfänger**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Geschäft) \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte**

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Geschäft) \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Weitere Kontaktadresse**

Nachname _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____
Telefon (Privat/Geschäft) _____	Mobile _____
Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____

**Weitere Kontaktadresse**

Nachname _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____
Telefon (Privat/Geschäft) _____	Mobile _____
Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____

.....  
**Name und Vorname der Eltern** (nur bei „Eintritt dringend“ ausfüllen):

Name Vater _____	Vorname _____
Name Mutter _____	Vorname _____
Ledigname Mutter _____	

.....  
Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Dokumente sind einer Anmeldung „Eintritt dringend“ beizulegen:**

- Wohnsitzbescheinigung (erhältlich bei Ihrer Gemeindeverwaltung)
- Kopie aktuelle Krankenkassenpolice
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie der letzten Steuerveranlagung (Staatssteuer inkl. Details)
- Aktuelles Arztzeugnis

**Folgende Dokumente sind bei einer Anmeldung „Ferienaufenthalt“ beizulegen:**

- Kopie Krankenkassenkarte
- Aktuelles Arztzeugnis

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung mit den benötigten Unterlagen an folgende Adresse:

Stiftung Blumenrain  
Administration Bewohner  
Baslerstrasse 10  
4106 Therwil

Für Fragen erreichen Sie uns unter 061 725 55 05 oder [bewohner@blumenrain.ch](mailto:bewohner@blumenrain.ch)

**Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.**

STIFTUNG BLUMENRAIN Baslerstrasse 10 4106 Therwil  
T 061 725 55 55 F 061 721 50 72 [info@blumenrain.ch](mailto:info@blumenrain.ch)  
[www.blumenrain.ch](http://www.blumenrain.ch)