

## Anmeldeformular

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim Therwil | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> Pflegewohnung Ettingen         | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> Pflegewohnheim Flühbach        | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
- (\*Bei frei werdendem  
Heimplatz werden wir mit  
Ihnen Kontakt aufnehmen)
- (Wird der Eintritt dringend  
erwartet, erwarten wir Ihren Bericht)

**Ferienaufenthalt im APH Therwil** von Datum \_\_\_\_\_ bis Datum \_\_\_\_\_

.....

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

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

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

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

**Ansprechperson Finanzen/Rechnungsempfänger**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Weitere Kontaktadresse**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Weitere Kontaktadresse**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon 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.**