

Anmeldung ins Alterszentrum Tannzapfenland

Familienname _____ Lediger Name _____
Vorname _____ Beruf _____
Geburtsdatum _____ Konfession _____
Zivilstand _____ AHV-Nummer _____
Heimatort _____

Wohnform

- Pflegeabteilung Einzelzimmer Doppelzimmer
 Alterswohnheim Einzelzimmer
 Wohngruppe Einzelzimmer
 Alterswohnung 2-Zimmer Wohnung 3-Zimmer Wohnung
- Daueraufenthalt
 Kurzaufenthalt von: _____ bis: _____
 Tagesaufenthalt von: _____ bis: _____
-

Gewünschtes Eintrittsdatum:

- dringlich vorsorglich ab:
-

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse

Strasse / Nr _____ Telefon _____
PLZ / Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Strasse / Nr _____ Telefon _____
PLZ / Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertretung / Beistand

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte ...)

1. Ansprechperson / Vertrauensperson für Anmeldung im Alterszentrum:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: _____

Name	_____	E-Mail	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Strasse / Nr.	_____	Tel. Geschäft	_____
PLZ / Ort	_____	Natel	_____

2. Vertretung / Beistand:

Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag / Vollmacht Beistand

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: _____

Name	_____	E-Mail	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Strasse / Nr.	_____	Tel. Geschäft	_____
PLZ / Ort	_____	Natel	_____

3. Weitere Angehörige / Bezugsperson:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: _____

Name	_____	E-Mail	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Strasse / Nr.	_____	Tel. Geschäft	_____
PLZ / Ort	_____	Natel	_____

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: _____

Name	_____	E-Mail	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Strasse / Nr.	_____	Tel. Geschäft	_____
PLZ / Ort	_____	Natel	_____

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: _____

Name _____ E-Mail _____

Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse / Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ / Ort _____ Natel _____

Hausarzt:

Name Vorname _____ Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Arzt beim Aufenthalt im Alterszentrum:

Name Vorname _____ Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Seelsorger beim Aufenthalt Alterszentrum:

Name Vorname _____ Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Krankenkasse:

Gesellschaft _____ Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Vers. Nr. _____

Allgemein ganze CH Halbprivat Privat

Renten

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen Ja Nein ist beantragt

Zuständige AHV–Ausgleichskasse _____

Rechnungsempfänger

Rechnung an Bewohnerin / Bewohner Ja Nein

Wenn nein:

Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag Beistand

Bemerkungen

Vor einem definitiven Eintritt sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Krankenkassenkarte Kopie
- Aktuelles ärztliches Zeugnis
- Vorsorgeauftrag
- Patientenverfügung
- Beistandschaft Verfügung (falls vorhanden)

Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung meines Namens und Geburtstages in der Hauszeitung:

Ja Nein

Ich gebe mein Einverständnis für die Publikation von Fotos aus Veranstaltungen und Anlässe in der Hauszeitung.

Ja Nein

Ich gebe mein Einverständnis für die Publikation von Fotos aus Veranstaltungen und Anlässe auf der Webseite www.tannzapfenland.ch.

Ja Nein

Ort / Datum

Bewohnerin / Bewohner / Vertretung

Die Anmeldung senden Sie bitte an:

Regionales Alterszentrum Tannzapfenland
Susan Avdili, Leitung Pflege und Betreuung
Rebenacker 4
9542 Münchwilen
Telefon 071 969 12 05
Fax 071 969 12 13
www.tannzapfenland.ch
savdili@tannzapfenland.ch