

Aufnahmegesuch Alterszentren Grenchen

Ablageort: Ordner Prozesseigner
 Ablagedauer: Nach Bedarf

Antragsteller/in (für Ehepaare bitte zwei Gesuche einreichen)			
Name:		Vorname:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Strasse		PLZ/Ort:	
Telefon / Mobil:		Geburtsdatum:	
Zivilstand:		Heimatort:	
AHV-Nr.:		Konfession:	
Ehemaliger Beruf:		in Grenchen wohnhaft seit:	

Gewünschte Institution		
<input type="checkbox"/> 1. Wahl AZ Kastels	<input type="checkbox"/> 1. Wahl AZ am Weinberg	<input type="checkbox"/> spielt keine Rolle
<input type="checkbox"/> 2. Wahl AZ am Weinberg	<input type="checkbox"/> 2. Wahl AZ Kastels	<input type="checkbox"/> Wohngruppe

Dringlichkeit der Aufnahme	
<input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung	Der Eintritt ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen.
<input type="checkbox"/> Dringliche Anmeldung	Der Eintritt erfolgt sobald ein Heimplatz frei ist.

Hausarzt	Krankenkasse (bitte Kopie des Versicherungsausweises beilegen)
Name/Vorname:	Krankenkasse:
Strasse:	Versicherten-Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:

Welche Institutionen haben Sie in den letzten drei Monaten beansprucht?	
<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/> Pro Senectute
<input type="checkbox"/> Spitex	<input type="checkbox"/> Tuberkulose- und Krebsliga
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen

Nächste Angehörige, Verwandte oder Bekannte

Bezugsperson 1			
Verwandtschaftsgrad:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	Privat: Geschäft:	Mail:	
Bezugsperson 2			
Verwandtschaftsgrad:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	Privat: Geschäft:	Mail:	
Bezugsperson 3			
Verwandtschaftsgrad:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	Privat: Geschäft:	Mail:	

Vertretung			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte Vertreter/in <input type="checkbox"/> Behördliche Vertreter/in (Beistand)			
Name, Vorname, bzw. Institution:			
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	Privat: Geschäft:	Mail:	
<input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag vorhanden (bitte bei Eintritt Kopie abgeben) <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden (bitte bei Eintritt Kopie abgeben)			

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Geschäftsleitung, beim Hausarzt und den aufgeführten Institutionen weiterführende Auskünfte einzuholen.

Vertretung			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte Vertreter/in <input type="checkbox"/> Behördliche Vertreter/in (Beistand)			
Unterschrift Antragsteller/in:			
oder Unterschrift Vertretung:			
Name für Rückfragen:		Telefon:	
Ort und Datum:			