

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	_____

Hausarzt:

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. _____

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
- Vorsorgeauftrag
- Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Beistandschaft Verfügung (falls vorhanden)
- Kostenaufstellung

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

Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung von Bild-, Ton- und Videoaufnahmen auf den offiziellen Social-Media-Konten des RAT (Instagram, Facebook und LinkedIn).

☐ Ja ☐ Nein

Ort / Datum

Bewohnerin / Bewohner / Vertretung

Die Anmeldung senden Sie bitte an:

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