

## ANMELDUNG / HEIMVERTRAG

PERSONALIEN			
Name		Vorname	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Schriften in Gemeinde		Heimatort	
Adresse und Wohnort			
Telefonnummer		Früherer Beruf	
Zivilstand		Konfession	
Hausarzt			
Krankenversicherung		Mitglied-Nr.	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja, vorhanden <input type="checkbox"/> nein	Beistand	<input type="checkbox"/> ja, besteht <input type="checkbox"/> nein

Gewünschter Eintrittsdatum		<input type="checkbox"/> Eintritt ist konkret vorgesehen <input type="checkbox"/> Anmeldung ist vorsorglich
----------------------------	--	--

KONTAKTPERSON: Zuständig für Finanzen (Rechnungsadresse)			
Name:		Vorname:	
Adresse:			
Tel.-Nr. P:		Tel.-Nr. G:	
		Mobile:	
Beziehung zu Bewohner:	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> andere:		

KONTAKTPERSON: Ansprechperson für medizinische und persönliche Anliegen			
Name:		Vorname:	
Adresse:			
Tel.-Nr. P:		Tel.-Nr. G:	
		Mobile:	
Beziehung zu Bewohner:	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> andere:		

KONTAKTPERSON: Weitere Bezugsperson			
Name:		Vorname:	
Adresse:			
Tel.-Nr. P:		Tel.-Nr. G:	
		Mobile:	
Beziehung zu Bewohner:	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> andere:		

## ANMELDUNG / HEIMVERTRAG

### BEMERKUNGEN

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Wir möchten Sie auf folgende Punkte aufmerksam machen:

- Eine Kopie der gültigen Krankenversicherungs-Karte (Ablaufdatum beachten) ist zwingend notwendig, um die Pflegekosten der Krankenkasse in Rechnung zu stellen.
- Diese Anmeldung hat keinen verbindlichen Charakter und bewirkt keinen Anspruch auf einen Platz im Heim Weiermatte.
- Die Geschäftsleitung berücksichtigt Anmeldungen entsprechend der Reihenfolge des Eingangs, der Dringlichkeit, sowie den aktuellen Platzverhältnissen im Heim Weiermatte.

Die unterzeichnende Person oder eine durch sie beauftragte / bevollmächtigte Person ist sich bewusst, dass sich die Pensions-, Pflegekosten und Zusatzkosten nach der aktuell gültigen **Taxordnung** des Heimes Weiermatte richten.

### UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

#### Beigelegte Kopien:

- Kopie Krankenversicherungs-Karte (**zwingend**)
- Kopie Familienbüchlein (falls vorhanden)
- Kopie Identitätsdokument (ID) oder Pass (fakultativ)
- Kopie Ernennungsurkunde des Beistandes (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)

### ZUSTELLUNG ODER ABGABE DER ANMELDUNG

Heim Weiermatte  
Melchenweg 2  
6122 Menznau

Telefon 041 494 99 99  
E-Mail [weiermatte@menznau.ch](mailto:weiermatte@menznau.ch)  
Homepage [www.weiermatte-menznau.ch](http://www.weiermatte-menznau.ch)