

Angaben zur Person (Dieses Formular kann auch Online auf www.frohmatt.ch ausgefüllt werden)

Name	Vorname(n)
Strasse	PLZ/Ort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Telefon privat	Telefon Mobil
E-Mail	Steuerdomizil
Geburtsdatum	Heimatort
Zivilstand	Nationalität
Soz. Vers. Nummer (AHV): 756.	Konfession

Beziehen Sie Zusatzleistungen/Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Spitexleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Physioleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie die Rechnungen per E-Mail?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Beistand/eine Beiständin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, Name/Adresse/E-Mail Beistand/Beiständin

Krankenversicherung (Grundversicherung KVG)

Versicherten-Nummer

Primärkontakt (1. Bezugsperson)

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon / Mobil (Erreichbarkeit 24 Stunden)	
E-Mail	Bezugsfunktion
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/-in	

Folgende Unterlagen sind der Anmeldung beizulegen:

- Kopie eines gültigen Ausweises (Identitätskarte/Pass)
- Kopie der Krankenversicherungs-Karte KVG
- Kopie Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Kopie Vorsorgeauftrage (falls vorhanden)

Bitte wenden →

Weitere Kontakte

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon / Mobil	Bezugsfunktion
E-Mail	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/-in

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon / Mobil	Bezugsfunktion
E-Mail	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/-in

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon / Mobil	Bezugsfunktion
E-Mail	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/-in

Hausarzt Name	Ort
Zahnarzt Name	Ort
Physiotherapeut Name	Ort
Weitere Ärzte/Therapeuten	

Anmeldung für

<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt	von	bis
<input type="checkbox"/> Befristeter Aufenthalt (ÜP / AÜP)	von	bis
<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt	ab	
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer	<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer
Gewünschte Wohnungskategorie (Alterswohnungen mit Service)	<input type="checkbox"/> 1-Zimmer	<input type="checkbox"/> 2-Zimmer

Ort/Datum: _____ Unterschrift Interessent/-in oder gesetzliche Vertretung

Mit der Unterschrift auf diesem Formular bestätigt der/die Unterzeichnende, alle Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Im Weiteren ist er/sie damit einverstanden, dass durch das Alterszentrum Frohmatt sämtliche benötigten Angaben zur Person eingeholt werden können und entbindet damit die angefragten Stellen von der Schweigepflicht.

Alterszentrum Frohmatt AG • Bürgerheimstrasse 8 • 8820 Wädenswil • fm.bettendispo@waedenswil.ch