**Anmeldeformular**

|  |
| --- |
| **Anmeldung für** |

[ ]  **Wohnen mit Betreuung und Pflege** [ ]  **Wohnen mit Dienstleistungen**

[ ]  Wohnen für Menschen mit Demenz Ich wünsche folgende Zusatzpakete:

[ ]  Ferienzimmer [ ]  Zusatzpaket 1 (tägliches Frühstück)

(Wohnen für Menschen mit Demenz und [ ]  Zusatzpaket 2 (tägliches Mittagessen)

Ferienzimmer im Rahmen vom Wohnen mit [ ]  Zusatzpaket 3 (tägliches Abendessen)

Betreuung und Pflege erfordern bei den bordeauxrot [ ]  Zusatzpaket 4 (wöchentliche Reinigung)

markierten Kästchen ein zusätzliches ankreuzen). [ ]  Zusatzpaket 5 (Wäschebesorgung)

 [ ]  Zusatzpaket 6 (Pflegebett)

**Wichtiger Hinweis:** Bitte melden Sie sich erst an, wenn Sie sich vorstellen könnten, in das nächste freie Zimmer bzw. die nächste freie Wohnung einzutreten.

|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Vorname(n) |       | Geb. Datum |       |
| Namen |       | Heimatort |       |
| Strasse Nr. |       | Schriftenort |       |
| PLZ, Ort |       | Nationalität |       |
| Telefonnummer |       | Zivilstand |       |
| Mobil |       | AHV-Nr. |       |
| Krankenkasse |       | Konfession |       |
| Versicherten Nr. |       | E-Mailadresse |       |
| Karten Nr. |       | Hausarzt |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort |       |
| Ich beziehe aktuell Spitexleistungen | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Telefon im Zimmer / in der Wohnung erwünscht | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Kabelfernsehanschluss im Zimmer / in der Wohnung erwünscht | [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Persönliche Vertretung** |
| Besteht eine Patientenverfügung? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Besteht eine Beistandschaft? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  |  |
| **Private Bezugspersonen** |  |
|  |  |
| **Beistand / Beiständin** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse\* |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

|  |
| --- |
| **Vertrauensperson / Priorität 1** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse\* |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

\*E-Mailadresse Vertrauensperson bzw. Beistand/Beiständin obligatorisch

|  |
| --- |
| **Rechnungsempfänger** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Bezugspersonen** (es können noch zusätzliche Personen erfasst werden, Vertrauensperson ist zwingend) |

|  |
| --- |
| **Priorität 2** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

|  |
| --- |
| **Priorität 3** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

|  |
| --- |
| **Priorität 4** |
| Vorname(n) |       | Telefonnummer |       |
| Namen |       | Mobil |       |
| Strasse Nr. |       | E-Mailadresse |       |
| PLZ, Ort |       | Art des Bezuges |       |

Hinweis: Etwa 4-mal im Jahr werden Neuigkeiten der Stiftung Alpbach per E-Mail versendet. Die aufgelisteten E-Mailadressen erhalten ohne Widerruf diese E-Mails. Die Stiftung Alpbach geht davon aus, dass die aufgelisteten Personen hierzu informiert wurden und einverstanden sind.

|  |
| --- |
| **Unterschrift** |
| Datum, Ort |       |
| Unterschrift  |  |