



**AUFNAHMEGESUCH**

(wird vom BPZ Schlossgarten ausgefüllt)

Best: \_\_\_\_\_ Dat: \_\_\_\_\_

Anmdat: \_\_\_\_\_

AnmNr: \_\_\_\_\_

Adr. Nr. Bewohner: \_\_\_\_\_

Adr. Nr. Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Geb. Datum:.....

Zivilstand:.....

Konfession: .....

AHV-Nr:.....

Heimatort:.....

**Vertretungsberechtigte Person:**

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

**Wer gibt Auskunft?**

Angemeldeter

Vertretungsberechtigte Person

Andere: Name/Vorname:.....

Adresse:.....

Tel:.....

Gewünschter Eintrittstermin?  sofort  innert Jahresfrist

Ich möchte noch nicht eintreten, werde mich jedoch melden, wenn ein Eintritt innert Jahresfrist absehbar wird.

Wenn Sie sofort oder innert Jahresfrist bei uns einziehen möchten, bitten wir Sie, zusätzlich das Ergänzungsblatt auszufüllen. Ebenfalls wird ein Arztzeugnis benötigt, das durch den behandelnden Arzt auszufüllen ist.

**Gesundheitsfragen:**

Die angemeldete Person braucht Hilfe beim:

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen, Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Rollator	
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Tagesablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hausarzt:** Name:..... Vorname:.....  
Strasse:..... PLZ/Ort:.....  
Telefon:.....

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (spezielle Massnahmen, etc.)  
.....  
.....  
.....

Bemerkungen allgemein:  
.....  
.....

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben  
Ort und Datum:..... Unterschrift:.....

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.  
Mit der Entgegennahme dieses Aufnahmegesuches, können wir keine verbindliche Zusicherung für eine Aufnahme ins BPZ Schlossgarten abgeben.

**Wenn Sie sofort oder innert Jahresfrist bei uns einziehen möchten, bitten wir Sie, die folgenden Unterlagen dem Aufnahmegesuch beizulegen.**

- Beilagen: Ergänzungsblatt (Erweiterte Personalien, Vorder- und Rückseite)  
1 Arztzeugnis  
1 aktueller Leistungsausweis Ihrer Krankenversicherung

**Ergänzungsblatt (Erweiterte Personalien)**

Name/Vorname:.....

Name/Vorname des Ehepartners:.....

Anzahl Kinder:..... Beruf:.....

Zivilstand:..... Konfession:.....

Wohnsitz:..... Geboren in: .....

Sohn/Tochter des.....

und der..... geborene.....

**Gesetzliche Vertretung:**

Begleitbeistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

umfassende Beistandschaft

Vorname/Name:.....

Adresse/Ort: .....

**Rechnungsempfänger:**  Bewohner  Angehöriger  Beistand

Name/Vorname:.....

Strasse:..... PLZ/Ort.....

**Sozialversicherungen:**

Ergänzungsleistung:  ja  nein

Hilflosenentschädigung:  leicht  mittel  schwer

Bemerkungen:  
.....

**Krankenversicherer (Grundversicherer):**

Name:..... Vers.-Nr.....

Abrechnungsstelle:.....

Strasse:..... PLZ/Ort.....

**Krankenversicherer (Zusatzversicherer):**

Name:..... Vers.-Nr.....

Abrechnungsstelle:.....

Strasse:..... PLZ/Ort.....

## Angehörige (Personalien)

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Tel. P .....

Tel. G .....

Natel .....

E-Mail .....

Verwandtschaftsgrad:.....