

# Anmeldeformular

## Personalien

Name	_____	Nationalität	_____
Vorname(n)	_____	Heimatort	_____
Strasse	_____	Aufenthaltsstatus	_____
PLZ/Ort	_____	Muttersprache	_____
Geburtsdatum	_____	Konfession	_____
Geschlecht	weiblich      männlich	Zivilstand	_____
Telefon/Mobile	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	AHV-Nummer	_____

Krankenkasse (Name, Agentur) \_\_\_\_\_

Privathaftpflichtversicherung \_\_\_\_\_  
(Name, Agentur)

Der Anmeldung ist eine Kopie der Krankenkasse-Karte und der Privathaftpflichtversicherung-Police beizulegen

Beziehen Sie Leistungen der IV?                      Ja              Nein

Hat eine IV Anmeldung stattgefunden, wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?              Ja              Nein  
(Wenn ja, **Kopie der IV-Verfügung** dieser Anmeldung beilegen)

Beziehen Sie Sozialhilfe?                      Ja              Nein

Name, Adresse und Kontakt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht eine Beistandschaft für Sie?              Ja              Nein

Name, Adresse und Kontakt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Wenn ja, ist bei Eintritt eine **Kopie der KESB-Verfügung** abzugeben)

Aufenthaltsort vor dem Eintritt?              Privat              Klinik              Andere soziale Einrichtung

Hausarzt/Hausärztin \_\_\_\_\_  
(Name, Praxis)

Adresse (Strasse, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) \_\_\_\_\_

Einzeltherapeut/in \_\_\_\_\_  
(Name, Praxis)

Adresse (Strasse, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger/in

Bewohnerin      Angehörige Person 1      Angehörige Person 2      andere (bitte folgend die Adresse angeben)

(Name, Institution) \_\_\_\_\_

Adresse (Strasse, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) \_\_\_\_\_

### Angehörige Person 1

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Angehörige Person 2

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Anmeldeformular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.**

**Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.**

**Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.bethanien.ch/impressum](http://www.bethanien.ch/impressum).**

**Anmerkung:** Eine unterzeichnete Anmeldung ist verbindlich.

Von Seiten der Diakonie Bethanien kann die Anmeldung sowohl angenommen als auch abgelehnt werden. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten, bei Personen mit einer Beistandschaft die Unterschrift des Beistands/der Beiständin erforderlich.



Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Power2be Bethanien  
Schäferwiesen 4  
8259 Kaltenbach

Telefon 052 742 30 50  
power2be@bethanien.ch