

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 Privathaftpflichtversicherungs-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)

Aufenthaltort 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.

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