(bitte vollständig ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Daten** |  |
| Name |       |  | Vorname |       |  |
| Strasse Nr. |       |  | PLZ Ort |       |  |
| Tel. Privat |       |  | Tel. Mobile |       |  |
| Geb.Datum |       |  | AHV-Nr. |       |  |
|  |
| Zivilstand | ledig [ ]  | verheiratet [ ]   | verwitwet [ ]   |  geschieden [ ]   | getrennt [ ]   |
|  |
| Konfession | reformiert [ ]  | römisch-katholisch [ ]   | andere  |       |  |
|  |
| Bisherige Lebensform | [ ]  | alleinlebend | [ ]   | im gleichen Haushalt mit Kind |  |
| [ ]  | Lebenspartner ausserhalb Heim | [ ]   | Lebenspartner im Heim lebend |
|  |
| Herkunftsnation |       |  | Geburtsort |       |  |
| Nationalität |       |  | Heimatort |       |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| In **Trägergemeinde** (Habsburg, Mülligen, Windisch) wohnhaft seit |       |  |
| Auswärtige(r) [ ]  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Letzte Wohnadresse** |  |
|      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hausarzt** |  | **Krankenkasse** |  |
| Name, Vorname |       | Name |       |  |
| Strasse, Nr. |       | Agentur |       |  |
| PLZ, Ort |       | Versicherten-Nr. |       |  |
|  |  | Bitte Krankenkassenkarte mitbringen, oder eine Kopie beilegen. |  |
|  |

 (Blatt wenden)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angehörige** | Name, Vorname, Strasse Nr., PLZ Ort, 🕿 Privat, 🕿 Natel, Email | Bezug zu Bewohner |  |
| **Primär** |       |       |  |
|  |       |       |  |
|  Den Primär-Angehörigen betrachten wir als Kontaktperson. Weitere Angehörige werden durch diese Person informiert. |  |
| 2. |       |       |  |
| 3. |       |       |  |
| 4. |       |       |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorschusszahlung** | Vor dem Eintritt ist ein Vorschuss in der Höhe von **CHF 12'000** zu leisten. Können Sie diesen aus finanziellen Gründen nicht einzahlen, bitten wir Sie, mit dem Sozialdienst Ihrer Wohngemeinde Kontakt aufzunehmen, um eine Kostengutsprache zu beantragen, welche uns anschliessend eingereicht wird. |
|
| **Vertragliche oder****gesetzliche Vertretung** | Name, Vorname |  |       |  |
| Strasse Nr. |  |       |  |
| PLZ, Ort |  |       | 🕿 |       |  |
| **Rechnungsempfänger** | Name, Vorname |  |       |  |
| Strasse Nr. |  |       |  |
| PLZ, Ort |  |       | 🕿 |       |  |
| **Lastschriftverfahren (LSV)/DebitDirect** | Ja [ ]  | Nein [ ]  | **eBill** Ja [ ]  Nein [ ]  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Telefonanschluss** im Zimmer | Ja [ ]   | Nein [ ]   |  |  |
| **Telefonapparat** von Sanavita AG | Ja [ ]   | Nein [ ]   |  Preise gemäss Tarifordnung |  |
| **Wäschereparaturen** (bis CHF 20 ohne Rückfrage gegen Verrechnung ausführenKnöpfe annähen, Saumreparaturen etc.) | Ja [ ]   | Nein [ ]   |  |  |
| **Kontaktperson** für defekte **Wäsche** (wird im Bewohnerzimmer deponiert) |  |  Name, Vorname |       |  |
|  |  🕿 Privat |       |  |
|  |  🕿 Mobile |       |  |
| **Werbung** im Briefkastenerwünscht, | Ja [ ]   | Nein [ ]   |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bemerkungen |       |  |
| [ ]  | Ich/wir bestätige/n, alle Angaben wahrheitsgetreu aufgeführt zu haben. |  |
| Ort, Datum |       |  | Unterschrift |  |  |
|  |