(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 ausführen  Knöpfe 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 |  |  |
|  | | | | | |