



GESUNDHEIT AROSA

Anmeldeformular Alterszentrum

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Persönliche Angaben

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon-Nr. Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Sozialversicherungsnummer / AHV-Nummer

Geburtsdatum Heimatort / Kt.

Ehemaliger Beruf

Konfession Zivilstand

Lebensform alleinlebend ja nein

Partner*in im Heim lebend ja nein

Anderes

Aktueller Wohnort Seit

Wohnsitz (Steuerpflicht)

Angabe zum / zur Partner*in

Name Vorname

Geburtsdatum

Mietmodalitäten

Einbettzimmer Zweibettzimmer

Langzeitaufenthalt Ferien von bis

TV-Anschluss (CHF 20.00 / Monat) eigener Fernseher
Fernseher mieten (CHF 25.00 / Monat)

Telefonanschluss (CHF 1.00 / Tag)

Bewohnerhaftpflichtversicherung (CHF 2.00 / Monat)

Wir empfehlen Ihnen eine Ergänzungsversicherung zur Haftpflichtversicherung für Schäden, die durch die Haftpflichtversicherung nicht gedeckt sind (Grob-fahrlässigkeit, Schäden durch nicht oder nur teilweise handlungsfähige Personen).

Name des Hausarztes

Adresse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

Andere Leistungen

Beziehen Sie Spitexleistungen

ja nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen

ja nein

Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung

ja nein

Verfügungen

Ist eine Patientenverfügung vorhanden

ja nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden

ja nein

Krankenkasse Grundversicherung (bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen)

Krankenkasse

PLZ / Ort

Kartenummer

Policen-Nr.

Angehörige / Vertretungspersonen (Gesetzliche Vertretungsperson wie im Vorsorgeauftrag definiert¹)

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsgrad

Vertretungsperson betreffend der medizinischen Behandlung und Pflege wie in der Patientenverfügung definiert

1. Ansprechperson²

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsgrad

Benachrichtigung bei Verschlechterung des
des Allgemeinzustandes (**wichtig!**)

Am Tag

ja

nein

In der Nacht

ja

nein



2. Ansprechperson

3 / 3

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr.	Handy-Nr.
E-Mail-Adresse	
Beziehungsgrad	

Rechnungsstellung

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Telefon-Nr. P.	Handy-Nr.
Telefon-Nr. G.	
E-Mail-Adresse	

Umgang mit Bildmaterial

Dürfen wir Fotos von Ihnen machen und sie für ja nein
Publikationen des Alterszentrums Arosa benutzen
(im Jahresbericht, auf der Website etc.)

Ihre persönlichen Daten werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet.
Erfolgt kein Eintritt werden sie gemäss DSG vernichtet.

Ort, Datum Unterschrift

¹ Wenn keine Verfügungen vorhanden sind hält sich das Alterszentrum Arosa an die hier festgelegte Regelung.

² Das Alterszentrum Arosa benachrichtigt in der Regel die 1. Ansprechperson.
Andere Regelungen werden mit der Leitung Pflege und Betreuung / Stationsleitung situativ vereinbart.

