

Definitive Anmeldung für einen Platz im Novellas Generationenhaus

Wohnform	
Wohnform	<input type="checkbox"/> Pflegezimmer <input type="checkbox"/> Wohnung (unterstütztes Wohnen)
Personalien Bewohner*in (aktueller Aufenthaltsort)	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Natel
Geburtsdatum	Schriftenort
Heimatort und -kanton	Zivilstand
Konfession	AHV-Nr. 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _
Angehörige / Bezugspersonen	
Erste Bezugsperson (Ansprechperson u.a. für medizinische und persönliche Angaben)	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Natel
E-Mail	Beziehungsgrad
Zweite Bezugsperson	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Natel
E-Mail	Beziehungsgrad
Weitere Bezugsperson	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Natel
E-Mail	Beziehungsgrad

Aktuelle/r Hausarzt/Hausärztin	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	E-Mail
Ist ein Wechsel zu unserem Heimarzt Dr. Daniel Portmann gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krankenkasse	
Name	Sektion
Tel. Festnetz	Vers.-Nr.
Finanzielles	
Erhalten sie bereits Ergänzungsleistungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Abklärung/beantragt	
Erhalten sie bereits Hilflosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Abklärung/beantragt	
Erledigung finanzielle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger*in). <input type="checkbox"/> Eine Vertrauensperson erledigt die finanziellen Angelegenheiten für sie: Name _____ Vorname _____ Adresse _____ PLZ/Ort _____ Tel. Festnetz _____ Natel _____ E-Mail _____	
Post / Korrespondenz	
<input type="checkbox"/> Post bitte der/dem Bewohner*in abgeben <input type="checkbox"/> Post bitte der/dem Rechnungsempfänger*in weiterleiten	
Vorsorge	
<input type="checkbox"/> Haben sie eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, die Patientenverfügung wird aufbewahrt bei: Name, Adresse _____ _____ ⇒ Bitte bringen sie beim Eintritt eine Kopie der Patientenverfügung mit.	
Besteht eine Beistandschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind sie Mitglied einer Sterbehilfeorganisation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Zeitsprung AG
Novellas Generationenhaus
Aeulistrasse 8
7324 Vilters

+41 81 725 52 00
info@novellas.ch
www.novellas.ch



- Hausführung erwünscht. Nach Eingang ihrer Anmeldung werden wir sie für eine Terminvereinbarung kontaktieren.
 - Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gemäss Datenschutzgesetz behandelt werden. Die Informationen zum Datenschutz finden sie unter www.novellas.ch, Datenschutzerklärung für Kunden.
- ⇒ Bitte bringen sie beim Eintritt ihre Krankenkassenkarte mit.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

*(Interessent*in oder gesetzlich vertretende Person)*