

Seniorenzentrum Brunnenhof  
 Hengstackerstrasse 2  
 8855 Wangen  
**Heimleitung: Wim Brueren**  
 Tel. 055 450 81 00  
 E-Mail: [verwaltung@sz-brunnenhof.ch](mailto:verwaltung@sz-brunnenhof.ch)  
[www.wangensz.ch](http://www.wangensz.ch)



Eingang: .....

## **Administration Bewohner-Anmeldung Dringend**

für den Eintritt in das Seniorenzentrum Brunnenhof, Wangen (Bei Ehepaaren ist für beide ein separates Formular auszufüllen)

Anmeldung **dringend** (Die Zentrumsleitung nimmt Kontakt auf für Besprechung eines möglichen Eintritts)

### **PERSONALIEN**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Heimatschein in Gemeinde (Steuerdomizil): \_\_\_\_\_

Falls in Wangen, seit wann? \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Vorsorgeauftrag vorhanden:  ja  nein (wenn ja, Kopie beilegen)

Beistandschaften gemäss Erwachsenenschutzrecht vorhanden?  ja  nein (wenn ja, welche?)

Begleitbeistandschaft Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Vertretungsbeistandschaft Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Mitwirkungsbeistandschaft Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Umfassende Beistandschaft Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Ist informiert über die Anmeldung und einverstanden:

 ja nein

## ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

### 1. Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### 2. Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### 3. Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### 4. Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad: \_\_\_\_\_

## HAUSARZT

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Arztbericht anfordern und an das SZB senden:  schon abgegeben  noch anfordern und abgeben

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?  ja  nein

## KRANKEN-, UNFALLVERSICHERUNG

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Fax Nr.: \_\_\_\_\_  
 Mitglied Nr. \_\_\_\_\_  allgemein  halbprivat  privat

## FINANZIELLES (Bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)

Rechnungsadresse		
Name		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon		Handy-Nr.:
E-mail		

1.  Bewohnende/r erledigt die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe  
**(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt:

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....