

3. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Art Bezugsverhältnis: _____

4. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Art Bezugsverhältnis: _____

Ärztliche Zeugnisse vom Hausarzt und Augenarzt

Als separate Beilage zu dieser Anmeldung erhalten Sie die Formulare für ein hausärztliches und augenärztliches Zeugnis. Wir benötigen die Zeugnisse für Ihren Eintritt.

Augenärztliches Zeugnis

Beilage

Nachsendung

Ärztliches Zeugnis

Beilage

Nachsendung

Hausarzt Kontaktangaben

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?

ja

nein

Augenarzt Kontaktangaben

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Psychologisch-Psychiatrisches Konzil

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Fax Nr.: _____
E-Mail: _____

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

Zahnarzt

Name: _____ Telefon: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse (Bitte Kopie KK Ausweis beilegen)

Grundversicherung (KK und Unfall)

KK-Name: _____ PLZ/Ort: _____
Police Nr.: _____ E-Mail: _____
KK-Kartennummer: _____

Zusatzversicherung

KK-Name: _____ PLZ/Ort: _____
Police Nr.: _____ E-Mail: _____

Finanzielles / Rechnungsempfänger (Bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und sind Rechnungsempfänger

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson und ist Rechnungsempfänger (bitte um Kontaktangaben)

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____ Natel: _____
E-Mail: _____ Art Bezugsverhältnis: _____

Weitere Angaben

Werden die Aufenthaltskosten privat übernommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie AHV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1. Grad <input type="checkbox"/> 2. Grad	<input type="checkbox"/> 3. Grad
Erhalten Sie IV Rente?	<input checked="" type="checkbox"/> IV-Vollrente	<input checked="" type="checkbox"/> IV-Teilrente
Haben Sie eine Patientenverfügung? <i>(Wenn ja, bitte Kopie beilegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Haftpflichtversicherung? <i>(Wenn ja, bitte Kopie beilegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls Nein, möchten Sie eine über die Mühlehalde abschliessen? <i>(Kosten gemäss Taxordnung)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied Blindenverband	<input type="checkbox"/> ZSH <input type="checkbox"/> SBZ <input type="checkbox"/> anderer: _____	<input type="checkbox"/> nein

Persönliche Wünsche (Kosten gemäss Taxordnung, Anhang III)

Wünschen Sie einen Telefonanschluss <i>(Telefon Apparat wird zur Verfügung gestellt)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen Radio-/TV-Anschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie einen Internetanschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihr Wunschtermin für den Eintritt: _____

Wünschen Sie ein Probewohnen: ja, in welchem Zeitraum: _____ - _____
 nein

Art und Grad der Sehbehinderung

Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> vollblind seit _____
Kenntnis Langstock	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine

Vorlieben

Haben Sie besondere Vorlieben?

Was ist Ihnen besonders wichtig?

Weitere Mitteilungen

Wir weisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach den notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Der/Die Unterzeichnete nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Wohnheim Mühlehalde ein separater Pensionsvertrag mit der Bewohnerin oder dem Bewohner abgeschlossen wird.

Ort, Datum

die/der BewerberIn

evtl. gesetzlicher Vertreter
