

## Anmeldung Tages-/Nachtaufenthalt – Almacasa Weisslingen

Tag  Nacht

**Name:**

Ledigname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zivilrechtlicher Wohnsitz: \_\_\_\_\_

**Vorname:**

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

Heimatort: \_\_\_\_\_

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

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

Mobile: \_\_\_\_\_

Kanton: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (z.B. Eigener Haushalt, bei Familienangehörigen, Heim oder Spital):

\_\_\_\_\_

### Bezugsperson 1

Bitte notieren Sie die Adressen der Angehörigen / Bezugsperson in der Reihenfolge, in welcher wir bei einem Notfall informieren sollen. Mit der Unterzeichnung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass diese Personen von uns auch informiert werden dürfen.

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

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bezugsperson 2

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

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Weiterer Kontaktpersonen:** Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unserer Adressliste aufnehmen und dem Team des entsprechenden Wohnbereichs weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie, uns diese Adresse mittels einer Beilage mitzuteilen.

**Arzt**

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

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

**Krankenkasse**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Was tun Sie im Alltag gerne, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen?  
(z.B. mithelfen beim Kochen, Rüsten oder im Garten etc.)?

---

---

**Rechnungsempfänger**

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Aufenthalt**

Tag: MO  / DI  / MI  / DO  / FR  / SA  / SO   
(maximal 4 Tage pro Woche)

Nacht: MO-DI  / DI-MI  / MI-DO  / DO-FR  / FR-SA  / SA-SO   
(maximal 4 Nächte / maximal 5 Tage pro Woche)

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

**Datum / Unterschrift**

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

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Formular vollständig ausgefüllt an die untenstehende Adresse einzureichen. Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden. Die Anmeldung gilt erst mit einem Arztzeugnis als definitiv.