



Anmeldeformular Bewohnende Alterszentren Zug

Wir freuen uns, dass Sie sich für ein Angebot der Alterszentren Zug interessieren.

Bitte kreuzen Sie an, für welches Priorität, wenn mehrere in Frage kommen (1 2 3)

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Zentrum Frauensteinmatt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zentrum Herti | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zentrum Neustadt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zentrum Herti, betreutes Wohnen | _____ |

Personalien

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____ Rufname _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Zivilstand _____ Heimatort _____

Tel.-Nr. _____ Mobile _____

AHV-Nr. 756. _____ Konfession _____
(13-stellige Nummer)

Anzahl Kinder _____ E-Mail _____

Leben Sie mit Angehörigen zusammen nein ja, mit wem _____

Hausarzt/-ärztin Name / Ort _____

Telefonnummer _____

Name Spitex Organisation _____ Tel. Nr. Spitex Organisation _____

Krankenkasse _____ Versicherungs-Nr. _____

Nur bei Interesse für das betreutes Wohnen, Zentrum Herti: besteht eine Zusatzversicherung? ja nein

Beziehen Sie:

AHV Rente ja nein Pension ja nein

IV ja nein Ergänzungsleistungen ja nein

Hilflosenentschädigung ja nein
(leicht, mittel, schwer)

Patientenverfügung vorhanden ja nein Vorsorgeauftrag vorhanden ja nein

Elektronisches Patientendossier ja nein
(EPD)

Bitte wenden!



Bewohnereintritt Anmeldeformular

Adressen der Angehörigen Bezugspersonen

1. Bezugsperson/ Verwandtschaftsgrad/ Beziehung _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. Privat _____ Mobile _____

Tel.-Nr. Geschäft _____ E-Mail _____

Besteht eine Beistandschaft nein ja

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. Privat _____ Mobile _____

Tel.-Nr. Geschäft _____ E-mail _____

Erledigung der finanziellen Angelegenheiten

selbständig mit Unterstützung Name/ Vorname _____

Adresse, falls oben nicht erwähnt:

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. Privat _____ Mobile _____

Tel.-Nr. Geschäft _____ E-Mail _____

Einverständniserklärung:

Notwendige medizinische Unterlagen (z.B. Diagnose- und Medikamentenliste, Überweisungsbericht) dürfen durch die Alterszentren beim Hausarzt / Spital eingefordert werden

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift Vertretung _____

Haben Sie eine Kopie:

der Urkunde bei Beistandschaft

beigelegt wird nachgesendet

Pass / ID

beigelegt wird nachgesendet

**Wichtig! Diese Anmeldung ist nur vorsorglich. Bei Dringlichkeit melden Sie sich bitte telefonisch an.
Bemerkungen:**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Alterszentren Zug Bewohneranmeldung, Gotthardstrasse 29, 6300 Zug