



## Bewohnereintritt Anmeldeformular AZZ

### 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        | _____ |

#### Personalien

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

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Rufname \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

AHV Nr.            756. \_\_\_\_\_  
(13-stellige Nummer)                      Konfession \_\_\_\_\_

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

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

Beziehen Sie:

AHV Rente                       ja  nein

IV                                       ja  nein

Pension                               ja  nein

Hilflosenentschädigung  
(leicht, mittel, schwer)                       ja  nein

Ergänzungsleistungen                       ja  nein

Patientenverfügung vorhanden                       ja  nein

Vorsorgeauftrag vorhanden                       ja  nein

Covid- Impfung                       ja  nein

**Bitte wenden!**



## Bewohnereintritt Anmeldeformular AZZ

### 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/ Spitex eingefordert werden

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Vertretung \_\_\_\_\_

#### Bitte Kopie beilegen:

des Krankenkassenausweises (Vorder- und Rückseite)  beigelegt wird nachgesendet

der Urkunde bei Beistandschaft  beigelegt wird nachgesendet

Pass/ID  beigelegt wird nachgesendet

---

#### Bemerkungen:

#### Bitte senden sie das ausgefüllte Formular an:

Alterszentren Zug Bewohneranmeldung, Gotthardstrasse 29, 6300 Zug