**Anmeldung für den Eintritt ins Alters- und Pflegezentrum Amriswil**

Bitte beachten: Bei der Anmeldung von Ehepaaren je ein Formular ausfüllen!

Anmeldung [ ]  vorsorglich [ ]  dringend [ ]  Ferien/Kurzaufenthalt

Name       Vorname

(Bei Frauen auch lediger Name)

Strasse       PLZ/Ort.

Telefonnummer       E-Mail

Geburtsdatum       Bürgerort/Kt

Zivilstand       Konfession

**Adresse von Kontaktperson/en**

Name und Adresse Telefon-Nr. E-Mail Beziehungsgrad

1.

2.

Gesetzliche/r Vertreter/in

Hausarzt

Patientenverfügung vorhanden [ ]  Ja [ ]  Nein

Sozialversicherungsnummer (AHV-Nummer)

AHV-Ausgleichskasse

Zimmerwunsch [ ]  Einerzimmer [ ]  Zweierzimmer

Geschützter Wohnbereich [ ]  Ja [ ]  Nein

Bei dringendem Eintritt kann der Zimmerwunsch möglicherweise kurzfristig nicht berücksichtigt werden, es besteht jedoch die Möglichkeit nach Eintritt das Zimmer zu wechseln.

 **Bitte wenden!**

**Krankenversicherung:**

Name       Versicherungs-Nr

Adresse       PZL/Ort

**Elektronisches Patientendossier (EPD):**

Besitzen Sie ein EPD? [ ]  Ja [ ]  Nein

**Renten:**

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? [ ]  Ja [ ]  Ist beantragt [ ]  Nein

Zuständige AHV-Ausgleichskasse

**Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?**

Name/Vorname

Adresse       PZL/Ort

Telefon       E-Mail

Besteht ein Vorsorgeauftrag [ ]  Ja [ ]  Nein

**An wen sind unsere monatlichen Abrechnungen zu senden?**

Name/Vorname

Adresse       PZL/Ort

Telefon       E-Mail

Der/die BewohnerIn oder deren gesetzliche Vertretung willigt mit seiner/ihrer Unterschrift gleichzeitig ein, dass Fotos die bei internen Anlässen und Veranstaltungen gemacht werden und auf dem der/die BewohnerIn zu sehen ist, für Broschüren, Berichte etc. sowie die Veröffentlichung auf der Webseite des Alters- und Pflegezentrums Amriswil bis auf Widerruf verwendet werden dürfen.

Datum       Unterschrift

**Die Anmeldung senden Sie bitte an:**

**Alters- und Pflegezentrum Amriswil**

**Heimstrasse 15**

**8580 Amriswil**

**E-Mail: apz-sekretariat@amriswil.ch**