

## Gäste-Stammblatt Wohnpark Herz

☐ Einzelzimmer

☐ Ferienzimmer von: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

bis: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

### Personalien

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: 756.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Früherer Beruf: \_\_\_\_\_

### Grundversicherung

Versicherung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

PLZ & Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kartennummer: \_\_\_\_\_

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

### Zusatzversicherung für: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

PLZ & Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kartennummer: \_\_\_\_\_

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

### Rechnungsadresse

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

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

Land: \_\_\_\_\_

### Beistand ☐ Ja ☐ Nein

Name/Firma: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

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

Land: \_\_\_\_\_

## Informationen

☐ AHV-Rente Betrag: \_\_\_\_\_

☐ Hilflosenentschädigung (HL) Betrag: \_\_\_\_\_

☐ Benötigt Antrag für EL

Anderes:

---



---

☐ IV-Rente Betrag: \_\_\_\_\_

☐ Ergänzungsleistungen (EL) Betrag: \_\_\_\_\_

## Ärzte

### Hausarzt

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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

☐ Herr Dr. med. ☐ Frau Dr.med ☐ \_\_\_\_\_

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

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**Facharzt** für: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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

☐ Herr Dr. med. ☐ Frau Dr.med ☐ \_\_\_\_\_

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

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

## Angehörige

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sohn/Tochter ☐ Schwager/Schwägerin ☐ Eltern ☐ \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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

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

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

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Land: \_\_\_\_\_

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sohn/Tochter ☐ Schwager/Schwägerin ☐ Eltern ☐ \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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

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

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

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Land: \_\_\_\_\_

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sohn/Tochter ☐ Schwager/Schwägerin ☐ Eltern ☐ \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

☐ Herr ☐ Frau ☐ Sohn/Tochter ☐ Schwager/Schwägerin ☐ Eltern ☐ \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

**Eigene Hilfsmittel** ☐ Ja ☐ Nein

---



---



---

**Eigene Möbel** ☐ Ja ☐ Nein

Im Miet- und Betreuungsvertrag ist eine Kollektiv-Haftpflichtversicherung inbegriffen. Bei eigenen Möbeln ist eine private Mobiliarversicherung erforderlich (siehe Taxordnung)

Versicherung: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Policen-Nr: \_\_\_\_\_ PLZ & Ortschaft: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Kleider/Wäsche** ☐ Ja ☐ Nein

---



---



---

**Wertsachen** ☐ Ja ☐ Nein

---

---

---

## Eintrittsdiagnosen und Behandelnde Ärzte

### Diagnosen:

---

---

#### Arzt

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

Medikamentenliste ☐ Ja ☐ Nein

#### Spezialarzt

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

Medikamentenliste ☐ Ja ☐ Nein

## Spezielle Ernährungswünsche

Diät ☐ Ja ☐ Nein

Grund: \_\_\_\_\_

Weiche Kost ☐ Ja ☐ Nein

Grund: \_\_\_\_\_

Vegetarisch ☐ Ja ☐ Nein

Was: \_\_\_\_\_

Wenig Salz ☐ Ja ☐ Nein

Lieblingsspeisen: \_\_\_\_\_

Mag ich eher nicht: \_\_\_\_\_

Andere Wünsche: \_\_\_\_\_

---

## Zimmereinrichtung

Möblierung vom Wohnpark ☐ Ja ☐ Nein

TV-Gerät vom Wohnpark ☐ Ja ☐ Nein

Eigene Möbel ☐ Ja ☐ Nein

Was: \_\_\_\_\_

Eigenes TV und Radio ☐ Ja ☐ Nein

Was: \_\_\_\_\_

Eigenes Telefon ☐ Ja ☐ Nein

Was: \_\_\_\_\_

## Weitere Ergänzung

Nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein Was: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein Was: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Vorsorgevertrag? ☐ Ja ☐ Nein Was: \_\_\_\_\_

Monatliches Taschengeld? ☐ Ja ☐ Nein Was: \_\_\_\_\_

Wertgegenstände? ☐ Ja ☐ Nein Was: \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

---



---



---



---

Eintritt per: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Gast

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden)

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Anmerkung:** Diese Anmeldung ist rechtsgültig, nachdem der Eintritt erfolgt ist. Alle vertraglichen Vereinbarungen im Miet- und betreuungsvertrag sowie wenn erforderlich im Pflegevertrag sind rechtskräftig.