Aufenthaltsart [ ]  stationär [ ]  temporär

|  |
| --- |
| **Personalien und allgemeine Angaben** |
| Familienname | Vorname(n) |
| Geburtsdatum | Heimatorte (für AusländerInnen: Geburtsort) |
| Nationalität | Konfession |
| Zivilstandseit:  | AHV-Nr./ISSN-Nr. |
| PLZ / Wohnort | dort angemeldet seit |
| genaue Adresse | Telefon-Nr. |
| gegenwärtiger Aufenthaltsort | E-Mail |
| **Ärztliche Betreuung / Krankenversicherung** (bitte Kopie des Versicherungsausweises beilegen) |
| Krankenkasse | Versicherten-Nr. |
| Karten-Nr. |
| Hausärztin / Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.) |
| **Kontaktpersonen / Angehörige** |
| **1. Person / RechnungsempfängerIn**Familienname / Vorname Adresse / Wohnort Telefon-Nr. E-Mail Art des Bezugsverhältnisses  | **2. Person / Gesetzliche Vertretung**Familienname / Vorname Adresse / Wohnort Telefon-Nr. E-Mail Art des Bezugsverhältnisses  |
| **3. Person**Familienname / Vorname Adresse / Wohnort Telefon-Nr. E-Mail Art des Bezugsverhältnisses  | **4. Person**Familienname / Vorname Adresse / Wohnort Telefon-Nr. E-Mail Art des Bezugsverhältnisses  |

|  |
| --- |
| **Weitere Angaben / Bemerkungen** |
| Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung? [ ]  ja [ ]  neinErhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? [ ]  ja [ ]  nein |
| Wünschen Sie einen persönlichen Telefonanschluss? [ ]  ja [ ]  nein |
| Elektronisches Patientendossier (EPD) vorhanden [ ]  ja [ ]  nein*Wenn ja, bitte berechtigen Sie den Bünzpark um darauf zugreifen zu können.Sollte während dem Aufenthalt ein neues Dossier erstellt werden, bitten wir Sie uns zu informieren* |
| **Weitere Mitteilungen:** |
|  |
|  |

**Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Anmeldung?**Gerne nehmen wir Ihre Anmeldung, zusammen mit einem aktuellen Arztzeugnis entgegen, wenn der Heim­ein­tritt innerhalb der nächsten 12 Monate gewünscht ist. Längerfristige vorsorgliche Anmeldun­gen bringen keinen Nutzen. Die Anmeldeunterlagen bleiben max. 2 Jahre gültig.

**Ermächtigung zur Auskunft**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen sowie die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Verwaltung des Bünzparks die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

**Zahlungsverpflichtung**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt im Bünzpark gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie respektive er bestätigt, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

**Meldepflicht**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, dem Bünzpark wahrheitsgetreu und vollumfänglich allfällige Änderungen betreffend Verantwortlichkeiten der Bezugspersonen umgehend mitzuteilen.

Die Unterzeichnende / der Unterzeichnende wünscht, dass der bisherige gesetzliche Wohnsitz beibehalten wird und nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in den Bünzpark ein separater Betreuungsvertrag mit der Bewohnerin / dem Bewohner abgeschlossen wird.

Ort / Datum Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller
 (respektive die Vertreterin / der Vertreter)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zu ergänzen bei Eintritt durch Bünzpark: | Eintrittsdatum | Zimmer-Nr. |