



Bitte leer lassen	Eintrittsdatum	
	Zimmer	
	Reserviert ab	

## Anmeldeformular - Pflegeinstitution

### Gewünschter Standort

AGZ Tägerhalde                      geschützte Wohngruppe (nur Tägerhalde)  
AGZ Wangensbach

### Gewünschter Aufenthalt

Langzeitaufenthalt                      Kurzaufenthalt (Gast/AÜP-Gast)

Wie haben Sie über dieses Angebot erfahren?

Arzt/Spital                      Angehörige/Bekannte                      Internet                      Zeitung                      Sonstige

### Amtliche Personalien (bitte Kopie Identitätskarte oder Pass beilegen)

Name                      Nationalität  
Vorname                      AHV-Nr.  
Adresse                      Konfession  
PLZ/Wohnort                      Tel. Festnetz  
Geburtsdatum                      Mobile  
Zivilstand                      E-Mail  
Heimatort

### Erste Bezugsperson gleichzeitig gesetzlicher Vertreter oder Beistand

Name                      Mobile  
Vorname                      E-Mail  
Adresse                      Tel. Geschäft  
PLZ/Wohnort                      Tel. Festnetz P  
Beziehungsgrad  
Bemerkung

## Anmeldeformular - Pflegeinstitution

### Beistand

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

---

### Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

---

### Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

---

### Rechnungsempfänger (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller)

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

# Anmeldeformular - Pflegeinstitution

## Krankenkasse

Krankenkasse

Mitglied-Nr.

Bemerkung

→ Bitte eine Kopie des Krankenkassen-Versicherungsausweises oder der Police beilegen.

---

## Hausarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

## Zahnarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

## Augenarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

## Facharzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

## Anmeldeformular - Pflegeinstitution

**Bitte beachten:** Mit Ihrer Unterschrift entscheiden Sie sich für einen Heimeintritt. Ist ein Eintritt möglich, werden Sie von uns orientiert und ein verbindlicher Eintrittstermin vereinbart.

**Lehnen Sie den verbindlichen Eintrittstermin ab, wird die Anmeldung storniert und eine Umtriebspauschale von Fr. 300.-- in Rechnung gestellt.**

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Alters- und Gesundheitszentren Kuesnacht allenfalls noch erforderliche Auskünfte (insbesondere Spital und Arzt) einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte legen Sie eine Kopie bei**

- der Identitätskarte oder des Passes
- vom Krankenkassen-Versicherungsausweis oder der Police
- des aktuellen Arztberichtes (nur, wenn vorhanden)

Haben Sie Fragen, dann wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an:  
Gesundheitsnetz Beratung: T 044 913 13 13 oder [gesundheitsnetz@kuesnacht.ch](mailto:gesundheitsnetz@kuesnacht.ch).