

ANMELDUNG INTERESSENTEN

Personalien und allgemeine Angaben	
Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Heimatort (Kanton)
Konfession	Zivilstand
AHV-Nr.	Telefon-Nr.
Strasse	PLZ/Ort

Angehörige, Bezugspersonen (Name, Adresse, Telefonnummer)
gesetzliche Vertretung
Hausarzt

Krankenkasse	Mitglieds-Nr.
--------------	---------------

☐ Demenzielle Erkrankung (beginnend, bestehend, diagnostiziert)
--

Bezieht	☐ AHV-Rente	☐ IV-Rente	☐ EL	☐ Hilflosenentschädigung
---------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---

Vorsorgeauftrag vorhanden	☐ nein	☐ ja, wo hinterlegt?
Patientenverfügung vorhanden	☐ nein	☐ ja, wo hinterlegt?
Beistandschaft vorhanden	☐ nein	☐ ja, Verfügung beilegen

Eintritt	☐ vorsorglich	☐ dringlich (Kontaktaufnahme innert 3 Werktagen)
----------	--------------------------------------	---

Ort/Datum	Unterschrift (ggf. durch gesetzliche Vertretung)
-----------	--

Fax: 031 734 13 10/ Postweg: AR SUNNSYTE, Schlüchtern 14, PF 65, 3150 Schwarzenburg

Datenschutz: Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis und stimmt ausdrücklich zu, dass die im Anmeldeformular aufgeführten persönlichen Daten im Rahmen des Anmeldeverfahrens unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen bearbeitet werden.