AR SUNNSYTE
WOHNEN BEGLEITEN PFLEGEN

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 174, 3150 Schwarzenburg