

Anmeldeformular

1. WOHNFORM

Langzeitaufenthalt (mehr als 2 Monate)

Kurzeitaufenthalt (2 Wochen bis 2 Monate)

Tages-/Nachtaufenthalt Mo Di Mi Do Fr Sa So

Bemerkungen

Gewünschter Eintrittstermin

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

2. PERSONALIEN

Name	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>
Strasse /Nr.	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E- Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>

Anmeldeformular

3. ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse /Nr.	<input type="text"/>	Strasse /Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Privat	<input type="text"/>
Tel. Geschäft	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

2. Bezugsperson

4. HAUSARZT

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		

5. KRANKENKASSE

Vers. Gesellschaft	<input type="text"/>		
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	PLZ /Ort	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.	<input type="text"/>	Karten-Nr.	<input type="text"/>

➔ Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beilegen.

Anmeldeformular

6. FINANZIELLES

- Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbstständig und ohne Unterstützung. Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger/in.
- Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie. Diese Person ist zugleich Rechnungsempfänger/in.

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Tel. Privat

Mobile

Sie wünschen die Rechnung per

Post

E-Mail an

7. POST/KORRESPONDENZ FÜR BEWOHNENDE

- an Bewohnende/n abgeben
- an Rechnungsempfänger/in weiterleiten (Tarif gem. Taxordnung)

8. VERFÜGUNGEN

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung? ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

➔ Bitte eine Kopie der obgenannten Dokumente beilegen.

9. VERTRETUNG / BEISTANDSCHAFT

- Selbstverantwortlich
- Gesetzliche Vertretung gemäss Erwachsenenschutzrecht Art 378
- Vertretungsberechtigte Person per Patientenverfügung
- Vertretungsberechtigte Person per Vorsorgeauftrag
- Begleitbeistandschaft
- Vertretungsbeistandschaft
- Mitwirkungsbeistandschaft
- Umfassende Beistandschaft

➔ Bitte eine Kopie der entsprechenden Verfügung beilegen.

Dokument	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite 3/4
V:\QMS_in_Bearbeitung\05_Verwaltung\2.07_Bewohner\05_Vorlagen\Vorlage_Anmeldeformular_Bewohnende.docx	26.03.2025 J. Müller	27.03.2025 C. Frei	23.04.2025 C. Camenisch	

10. KONTAKTAUFGNAHME

Nach Eingang dieser Anmeldung beim Collina wünschen Sie unsere Kontaktaufnahme bei

- der Bewohnerin / dem Bewohner
- der 1. Bezugsperson
- der 2. Bezugsperson

11. WEITERE BEMERKUNGEN

12. ABSCHLUSS

Mit der Anmeldung wird der freiwillige Eintritt ins Collina bestätigt und der Bewohnende bzw. die Vertretungsbe-rechtigte Person erklärt sich mit der Taxordnung, dem Heimreglement sowie den Datenschutzbestimmungen einverstanden. Es wird zur Kenntnis genommen, dass bei Eintritt ins Collina ein separater Pensions- und Betreuungsvertrag mit dem Bewohnenden abgeschlossen wird.

Dokument	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite 4/4
	26.03.2025 J. Müller	27.03.2025 C. Frei	23.04.2025 C. Camenisch	
V:\QMS_in_Bearbeitung\05_Verwaltung\2.07_Bewohner\05_Vorlagen\Vorlage_Anmeldeformular_Bewohnende.docx				