

## 1. WOHNFORM

**Langzeitaufenthalt** (mehr als 2 Monate)

**Kurzzeitaufenthalt** (2 Wochen bis 2 Monate)

**Demnächst verfügbar: Zimmer / Wohnung Melibündle mit ambulanter Versorgung**

**Tages-/Nachtaufenthalt**  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

Bemerkungen

Gewünschter Eintrittstermin

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

## 2. PERSONALIEN

Name

Konfession

Vorname

Zivilstand

Strasse /Nr.

AHV-Nummer

PLZ / Ort

E- Mail

Geburtsdatum

Telefon

Heimatort

Mobile

## 3. ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

### 1. Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse /Nr.

PLZ / Ort

Tel. Privat

Mobile

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

### 2. Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse /Nr.

PLZ / Ort

Tel. Privat

Mobile

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

## 4. HAUSARZT

Name  Vorname

Strasse / Nr.  PLZ / Ort

Telefon

## 5. KRANKENKASSE

Vers. Gesellschaft

Strasse / Nr.  PLZ / Ort

Versicherten-Nr.  Karten-Nr.

→ Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beilegen.

## 6. FINANZIELLES

- Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig 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 Ergänzungsleistungen?  ja → Kopie des letzten Berechnungsblattes der EL beilegen  
 nein

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?  ja → Kopie der Bestätigung beilegen  
 nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja → Kopie beilegen  
 nein

## 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.

## 10. KONTAKTAUFNAHME

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 Vertretungsberechtigte 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.

<b>Dokument</b> VI	<b>Erstellt</b> 26.03.2025 J. Müller	<b>Überarbeitet</b> 20.02.2026 J. Lippuner	<b>Freigegeben</b> 16.03.2026 C. Camenisch	Seite 4/4
C:\Users\bianca.baertsch\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\F0JIJHT3\2026.03.16_Vorlage_Anmeldeformular Bewohnende (003).docx				