Anmeldung 🡪 bitte vollständig ausfüllen!

|  |
| --- |
| [ ]  **Pflegezimmer** bevorzugter Standort:[ ]  Sunnepark, Egerkingen [ ]  Roggenpark, Oensingen  |
| [ ]  **Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Demenz** Lindenpark, Balsthal  |
| [ ]  **Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung** Lindenpark, Balsthal  |
| [ ]  **Tagesgast** Gewünschter Wochentag       | [ ]  **Ferien- / Kurzaufenthalt** Gewünschter Termin von       bis       |
| [ ]  **Wohnungsmieter Seniorenwohnung** Sunnepark, Egerkingen  |
| [ ]  **Spitex-Kunde**[ ]  Sunnepark, Egerkingen [ ]  Roggenpark, Oensingen  |

**1. Personalien Bewerber/in**

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Tel.       | Geburtsdatum              |
| Zivilstand       | Konfession        |
| AHV-Nr.       | Heimatort       |
| Wohnsitzgemeinde       |  |

**2. Personalien Primärangehörige**

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname             |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Telefon P       | Telefon G       |
| Mobiltelefon       | E-Mail       |
| Verwandtschaft/Bezug zum Bewerber  |
| Sie wünschen künftige Informationen per: [ ]  E-mail [ ]  Post |
|  |
| Vertretung: [ ]  bevollmächtigt [ ]  behördlich [ ]  gesetzlichSofern vorhanden: Bitte Kopie Urkunde Erwachsenenschutzbehörde/Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag beilegen.**3. Personalien weitere Angehörige** |
| Name       | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Telefon P       | Telefon G       |
| Mobiltelefon       | E-Mail       |
| Verwandtschaft/Bezug zum Bewerber:       |  |
| Sie wünschen künftige Informationen per: [ ]  E-mail [ ]  Post |

**4. Gewünschter Eintritt**

|  |
| --- |
| [ ]  **dringend** [ ]  **vorsorglich**Bemerkung       |
| **5. Besichtigung des Hauses erwünscht** [ ]  ja Terminwunsch:       [ ]  nein |

**6. Identitätskarte** 🡪 bitte Kopie der ID, vom Familienbüchlein oder vom Pass beilegen

**7. Krankenkasse** 🡪 bitte Kopie der aktuellen Karte beilegen

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse Grundversicherung       | Versicherten-Nr.      |

**8. Arzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt: Dr.       |  |
| Tel.       | Fax       |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|       |
|       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift Bewerber |  | Vertretung |
|       |  |  |  |  |