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: | |
| Wir versenden Informationen und Veranstaltungseinladungen an Angehörige prinzipiell per E-Mail.  Bitte ankreuzen, wenn Sie Informationen/Einladungen per Post wünschen | |
| Vertretung:  bevollmächtigt  behördlich  gesetzlich Sofern vorhanden: Bitte Kopie Urkunde Erwachsenenschutzbehörde/Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag beilegen. | |

**Rückseite beachten**

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Personalien weitere Angehörige** | |
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ/Ort |
| Telefon P | Telefon G |
| Mobiltelefon | E-Mail |
| Verwandtschaft/Bezug zum Bewerber: |  |
| Wir versenden Informationen und Veranstaltungseinladungen an Angehörige prinzipiell per E-Mail.  Bitte ankreuzen, wenn Sie Informationen/Einladungen per Post wünschen | |

**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 |
|  |  |  |  |  |