

# Anmeldung → bitte vollständig ausfüllen!

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegezimmer</b> bevorzugter Standort:<br><input type="checkbox"/> Sunnepark, Egerkingen <input type="checkbox"/> Roggenpark, Oensingen |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegezimmer Wohnhaus für Menschen mit Demenz</b> Stapfenmatt, Niederbuchsiten  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Demenz</b> Lindenpark, Balsthal<br>(ab Sommer 2022)  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung</b> Lindenpark, Balsthal<br>(ab Sommer 2022)                                       |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflegezimmer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung</b> Sunnepark, Egerkingen  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tagesgast</b><br>Gewünschter Wochentag  | <input type="checkbox"/> <b>Ferien- / Kurzaufenthalt</b><br>Gewünschter Termin von                      bis |
| <input type="checkbox"/> <b>Wohnungsmieter Seniorenwohnung</b> Sunnepark, Egerkingen  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Spitex-Kunde</b><br><input type="checkbox"/> Sunnepark, Egerkingen <input type="checkbox"/> Roggenpark, Oensingen                       |   |

## 1. Personalien (des Bewerbers)

|                  |   |
|------------------|---|
| Name             | Vorname   |
| Adresse          | PLZ/Ort   |
| Tel.             | Geburtsdatum  |
| Zivilstand       | Konfession  |
| AHV-Nr.          | Heimatort   |
| Wohnsitzgemeinde | <input type="checkbox"/> <b>Zustelladresse</b> <input type="checkbox"/> <b>Zahler</b> |

## 2. Angehörige/Ansprechpersonen

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Name                              | Vorname   |
| Adresse                           | PLZ/Ort   |
| Telefon P                         | Telefon G   |
| Mobiltelefon                      | E-Mail  |
| Verwandtschaft/Bezug zum Bewerber | <input type="checkbox"/> <b>Zustelladresse</b> <input type="checkbox"/> <b>Zahler</b> |

Vertretung:     bevollmächtigt     behördlich     gesetzlich

Sofern vorhanden: Bitte Kopie Urkunde Erwachsenenschutzbehörde/Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag beilegen.

---

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| Name                                 | Vorname   |
| Adresse                              | PLZ/Ort   |
| Telefon P                            | Telefon G |
| Mobiltelefon                         | E-Mail    |
| Verwandtschaft / Bezug zum Bewerber: |           |

### 3. Gewünschter Eintritt

dringend  vorsorglich

Bemerkung

---

### 4. Besichtigung des Hauses erwünscht

ja Terminwunsch:  nein

---

### 5. Krankenkasse → bitte Kopie der aktuellen Karte beilegen

Krankenkasse Grundversicherung  Versicherten-Nr.

---

### 6. Arzt

Hausarzt: Dr.

Tel.  Fax

---

### Bemerkungen

---

---

---

Datum

Unterschrift Bewerber

Vertretung

---