Anmeldeformular (Bitte vollständig ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| [ ]  Vorsorgliche Anmeldung  | [ ]  Dringende Anmeldung ab Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| [ ]  Altersheim | [ ]  Pflegeheim | [ ]  Gerontopsychiatrische WG |
| [ ]  Daueraufenthalt | [ ]  Kurzzeitaufenthalt (mind.14Tage) | [ ]  Tagesgast |
| [ ]  Schwanden | [ ]  Linthal | [ ]  Elm  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Personalien |  |
| Familienname:  |       | Vorname**:** |       |
| Geburtsdatum: |       | Konfession: |       |
| Strasse: |       | PLZ / Wohnort: |       |
| Heimatort:  |       | Aufenthaltsbewilligung: |       |
| Telefon: |       | Natel-Nummer: |       |
| Zivilstand: |       | AHV-Nr.: |       |
| Name Ehepartner: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Kontaktperson |  |
| Angehöriger 1 (Wichtigste Bezugsperson) |
| [ ]  Partner /-in | [ ]  Sohn / Tochter | [ ]  Beistand / gesetzl. Vertreter | [ ]  Bekannter |
| Name / Vorname: |       | Telefonnummer: |       |
| Natel-Nummer: |       | E-Mail- Adresse: |       |
| Adresse: |       |

(Allgemeine Informationen (welche der Bewohner auch erhält) sowie die Benachrichtigung in dringenden Fällen erfolgt an

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Angehöriger 2  |
| [ ]  Partner /-in | [ ] Sohn / Tochter | [ ]  Beistand / gesetzl. Vertreter | [ ]  Bekannter |
| Name / Vorname: |       | Telefonnummer: |       |
| Natel-Nummer: |       | E-Mail- Adresse: |       |
| Adresse: |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Angehöriger 3 |
| [ ]  Partner /-in | [ ] Sohn / Tochter | [ ]  Beistand / gesetzl. Vertreter | [ ]  Bekannter |
| Name / Vorname: |       | Telefonnummer: |       |
| Natel-Nummer: |       | E-Mail- Adresse: |       |
| Adresse: |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Rechnungsempfänger:       |

|  |
| --- |
| Beziehen Sie?Ergänzungsleistungen: [ ]  ja [ ]  neinHilflosenentschädigung: [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Versichertenstatus /-daten |  |
| Krankenkasse / Unfallversicherung  |       |
| Versicherten- Nr.: |       |
| Zusatzversicherung:  |       |
| Versicherten- Nr.: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Hausarzt  |  |
| Name / Vorname: |       |
| Telefonnummer: |       |
| Adresse:  |       |
| E-Mailadresse (optional): |       |

 **Wir bitten Sie, folgende Unterlagen/Kopien der Anmeldung beizulegen:**

* Kopie ID oder Pass
* Krankenkassenkarte/n, Vorder- und Rückseite
* Patientenverfügung mit Hinweis Reanimation (falls noch keine vorhanden ist, bitte nachreichen)
* Amtsausweis (Beistand) und/oder Vorsorgeauftrag, falls vorhanden
* Verfügung Bezug Ergänzungsleistung und/oder Hilflosenentschädigung, falls vorhanden
* Bei dringenden Anmeldungen, bitte Arztüberweisung inkl. Medikamentenliste
* Haben Sie eine elektronische Patientenakte? [ ]  ja [ ]  nein
* Werden Sie von der Spitex betreut [ ]  ja [ ]  nein

falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Bemerkungen:       |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit vorstehender Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass die aktuelle Taxordnung Bestandteil dieser Anmeldung ist. Glarus Süd Care ist berechtigt, bei Nichteintritt, Annullierungskosten von CHF 300.00 in Rechnung zu stellen.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort / Datum  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift |

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.