

## Anmeldeformular (Bitte vollständig ausfüllen)

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung                          | <input type="checkbox"/> Dringende Anmeldung ab       |   |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt                                 | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (mind.14Tage) | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische WG |
| <input type="checkbox"/> Tagesgast (Tagesstätte für Menschen mit Demenz) |   |   |
| <input type="checkbox"/> Schwanden                                       | <input type="checkbox"/> Linthal                      | <input type="checkbox"/> Elm                      |

### 1. Personalien

|                       |  |                         |  |
|-----------------------|--|-------------------------|--|
| Name (und Ledigname): |  |                         |  |
| Vorname:              |  |                         |  |
| Geburtsdatum:         |  | Konfession:             |  |
| Strasse:              |  | PLZ / Wohnort:          |  |
| Heimatort:            |  | Aufenthaltsbewilligung: |  |
| Telefon:              |  | Natel-Nummer:           |  |
| Zivilstand:           |  | AHV-Nr.:                |  |
| Name Ehepartner:      |  |                         |  |

### 2. Kontaktperson

#### Angehöriger 1 (Wichtigste Bezugsperson)

|                                       |   |  |                                    |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partner /-in | <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter | <input type="checkbox"/> Beistand / gesetzl. Vertreter | <input type="checkbox"/> 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

|                                       |   |  |                                    |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partner /-in | <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter | <input type="checkbox"/> Beistand / gesetzl. Vertreter | <input type="checkbox"/> Bekannter |
| Name / Vorname:                       |   | Telefonnummer:   |                                    |
| Natel-Nummer:                         |   | E-Mail- Adresse:                                       |                                    |
| Adresse:                              |   |  |                                    |

#### Angehöriger 3

|                                       |   |  |                                    |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partner /-in | <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter | <input type="checkbox"/> Beistand / gesetzl. Vertreter | <input type="checkbox"/> Bekannter |
| Name / Vorname:                       |   | Telefonnummer:   |                                    |
| Natel-Nummer:                         |   | E-Mail- Adresse:                                       |                                    |
| Adresse:                              |   |  |                                    |

Rechnungsempfänger:

Beziehen Sie?

Ergänzungsleistungen:  ja  nein

Hilflosenentschädigung:  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.