

## Anmeldeformular

Datum \_\_\_\_\_

- Anmeldung Warteliste\***  
 **Anmeldung Eintritt**  
 **Ferienaufenthalt**

<b>Name*</b> (amtlich/ ID)		<b>Vorname*</b> (amtlich/ ID)	
<b>Ledigname</b>		<b>PLZ / Ort*</b>	
<b>Strasse, Nr.*</b>		<b>Mobiltelefon*</b>	
<b>Telefon*</b>		<b>E-Mail*</b>	
<b>Geburtsdatum*</b>		<b>Soz.Vers.Nr.*</b>	
<b>Heimatort</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Heimatschein hinterlegt in*</b>		<b>Mietverhältnis/ Eigentum</b>	
<b>Zivilstand</b>		<b>Konfession</b>	
<b>Muttersprache</b>		<b>Ehemaliger Beruf</b>	
<b>Newsletter (E-Mail)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Bisherige Wohnsituation</b>	Aufenthalt direkt vor Eintritt:	<input type="checkbox"/> Eigentum oder <input type="checkbox"/> Mietverhältnis <input type="checkbox"/> Wohnung oder <input type="checkbox"/> Haus	
<b>Gewünschte Zimmer*</b>	<input type="checkbox"/> Pflegeabteilung ( <input type="checkbox"/> Einzelzimmer) <input type="checkbox"/> Wohngruppe ( <input type="checkbox"/> Einzelzimmer)		
<b>Gewünschte Wohnung/ Wohnform*</b>	<input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.5 (3.5 nur Häuser A-C) für <input type="checkbox"/> im Gerbhof oder <input type="checkbox"/> im Weiher  <input type="checkbox"/> Comfort-Wohnen (Haus A-C und Weiher) <input type="checkbox"/> Standard-Wohnen (Weiher) <input type="checkbox"/> Basis-Wohnen (Haus D) <input type="checkbox"/> Pflege-Wohnen (Haus A-C und Weiher) <input type="checkbox"/> Parkplatz		
<b>Versicherungen</b>	Haftpflicht inkl. Zusatz:	Krankenkassengrundversicherung inkl. Zusatz:	
		Mitgliedernummer:	
<b>Angaben zur Ausgleichskasse</b>	Kanton:	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> AHV
<b>Gewünschter Eintritt*</b>	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> Wunschtermin:	<input type="checkbox"/> vorsorglich
<b>Soll Kontakt aufgenommen werden? Wenn ja, mit wem?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Bezug, Telefonnummer:	



**Kontakt-/Bezugspersonen\* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe etc.)**

Bitte in der Reihenfolge, wie sie in Notfällen zu benachrichtigen sind.

1. Bezugsperson	2. Bezugsperson	3. Bezugsperson
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Strasse	Strasse	Strasse
PLZ / Ort	PLZ / Ort	PLZ / Ort
Telefon Privat	Telefon Privat	Telefon Privat
Telefon Mobil	Telefon Mobil	Telefon Mobil
Telefon Geschäft	Telefon Geschäft	Telefon Geschäft
E-Mail	E-Mail	E-Mail
Beziehung	Beziehung	Beziehung
Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Newsletter per E-Mail <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Die Rechnung geht an:**  Bewohner/in  1. Bezugsperson  nachstehende Adresse**Rechnung per:**  E-Mail oder per  Post

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon / Mobil		E-Mail	

**Die Korrespondenz geht an:** Bewohner/in 1. Bezugsperson Rechnungsadresse nachstehende Adresse

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Telefon / Mobil		E-Mail	



**Bitte kreuzen Sie an, ob wir Ihre Leibwäsche aufbereiten sollen und ob wir bei Ihrer Abwesenheit Ihre Wohnung betreten dürfen.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte gerne den <u>Wäscheservice</u> der Stiftung VitaTertia nutzen. | <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass bei meiner Abwesenheit mein Appartement gereinigt wird.               |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Wäsche <u>privat</u> aufbereiten.                        | <input type="checkbox"/> Ich möchte <u>nicht</u> , dass bei meiner Abwesenheit mein Appartement gereinigt wird. |

**Bitte kreuzen Sie die von ihnen gewünschte Handhabung Ihrer persönlichen Post an.**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Meine Post bitte in den Briefkasten einwerfen<br><b>(Appartement)</b> | <input type="checkbox"/> Meine Post bitte durch die Pflegeteammitarbeiter ins Zimmer legen<br><b>(Pflegeteam)</b> | <input type="checkbox"/> Meine Post wird regelmässig von <b>Angehörigen</b> am Empfang abgeholt. | <input type="checkbox"/> Meine Post bitte sammeln und monatlich an folgende Adresse senden<br><b>(Beistand/Wohngruppe):</b><br>_____<br>_____<br>_____ |
|--|---|--|--|

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <b>Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?</b> | <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Gedrucktes Inserat        |
|  | <input type="checkbox"/> Website      | <input type="checkbox"/> Newsletter/Flyer          |
|  | <input type="checkbox"/> Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte |
|  | <input type="checkbox"/> Andere:      |  |

Die Verrechnungen erfolgen gemäss der separaten Preisliste "Dienstleistungen und individuelle Angebote". Bei Fragen können Sie sich jederzeit bei uns melden.

**Bitte dieser Anmeldung vor Eintritt eine Kopie der Vorder- und Rückseite der Krankenkassenskarte sowie des Passes oder der Identitätskarte beilegen. Zudem eine Kopie aller Policen einer Zusatzversicherung.**

**Bemerkungen**

\* Pflichtangaben für Anmeldung Warteliste

**Datenschutz**

Die Stiftung VitaTertia bearbeitet die persönlichen Daten wie in den Allgemeinen Vertragsbestimmungen dargestellt und beachtet dabei die Grundsätze des Datenschutzgesetzes.

Der Bewohner / die Bewohnerin nimmt Kenntnis davon, dass die Stiftung VitaTertia im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und / oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Bewohner / die Bewohnerin hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken.

Nimmt der Bewohner / die Bewohnerin dieses Recht nicht wahr, kann die Stiftung VitaTertia dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt der Bewohner / die Bewohnerin der Stiftung VitaTertia, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet die Stiftung VitaTertia diesbezüglich vom Arztgeheimnis und von der Schweigepflicht.

Der Bewohner / die Bewohnerin und Beteiligte bestätigen damit einverstanden zu sein, unverschlüsselte E-Mails zu erhalten.

Mit der Unterschrift bestätigt der Bewohner / die Bewohnerin die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum\*

Unterschrift Interessent/in / Bewohner/in

