



## Anmeldung

Angaben zu meiner Person	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Religion	
Telefon	
Adresse / Kanton	
Schriften deponiert in	
Heimatort	
Staatsangehörigkeit	
AHV-Nummer	
Rente	AHV <input type="checkbox"/> / IV <input type="checkbox"/> (    %)
Ergänzungsleistungen (EL)	nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> ---> bitte EL-Berechnungsblatt beilegen
Hilflosenentschädigung (HILO)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer

---> bitte nur ausfüllen, wenn Sie noch nicht im Pensionsalter sind

«IVSE-Wohnsitz» (hier habe ich gewohnt, bevor ich je in ein Heim eingezogen bin)

Adresse	
Kanton	

Hausarzt/Hausärztin	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Psychiater/-in	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Zahnarzt/Zahnärztin	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	



## Anmeldung

<b>Krankenkasse Grundversicherung</b>	
Name der Versicherung	
Adresse	
Versicherten-Nummer	

<b>Krankenkasse Zusatzversicherung</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name der Versicherung	
Adresse	
Versicherten-Nummer	

<b>Vertreter/-in «Finanzielles und Administratives»</b> (Person meines Vertrauens, die mich in finanziellen und administrativen Angelegenheiten begleitet/vertritt.)	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	
---> Bei einer Berufsbeistandschaft: Bitte Ernennungsbeschluss beilegen.	

<b>Vertreter/-in «für alle anderen Belange» (z. B. medizinische Fragen, Organisatorisches)</b> (Person meines Vertrauens, die mich in allen anderen Belangen begleitet/vertritt.)	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	

<b>Wichtige Personen, mit denen ich weiterhin guten Kontakt pflegen will:</b>	
Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	

Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	



## Anmeldung

Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	

Name Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehung	

<b>Bei einer massgeblichen Veränderung meiner gesundheitlichen Situation bitte ich Sie, folgende Person zu informieren:</b>
<b>Gewünschter Einzugstermin ins Bodana:</b>
<b>Kommt ein Zweierzimmer für Sie in Frage?</b>
<b>Name und Telefonnummer der Person, die Ihren Umzug ins Bodana begleiten wird:</b>
<b>Besonderes / Vereinbartes:</b>

Ort und Datum.....

Unterschrift .....