



## Aufnahmegesuch

Bitte gewünschtes ankreuzen

- Alterszentrum Bärenmatt, Zugerstrasse 6, 5620 Bremgarten / 056 649 22 22
- Alterszentrum Burkertsmatt, Burkertsmatt 4, 8967 Widen / 056 649 37 37
- Ferienzimmer Datum: vom ..... bis .....

### Personalien

Familienname	.....	Mädchenname	.....
Vorname(n)	.....		
Strasse/Nr.	.....	PLZ/Wohnort	.....
dort wohnhaft seit	.....	Tel. Nr.	.....
Heimatort	.....	Geburtsdatum	.....
Konfession	.....	Zivilstand	.....
ehem. Beruf	.....	AHV-Nr.	.....

### Rechnungsadresse

.....

### Ärztliche Betreuung / Krankenversicherung

<b>Einweisender Arzt</b>	.....	<b>Tel. Nr.</b>	.....
Adresse	.....		
<b>Krankenkasse</b>	.....	<b>Vers. Nr.</b>	.....
Adresse	.....		
<b>Hausarzt</b>	.....	<b>Tel. Nr.</b>	.....
Adresse	.....		
Mailadresse	.....		

Wünschen Sie, weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden und ist dieser bereit, die medizinische Versorgung im Heim und in Notfällen sicherzustellen?  JA  NEIN<sup>\*)</sup>

\*) Falls Sie NEIN angekreuzt haben, wird Ihre medizinische Betreuung durch unseren Hausarzt sichergestellt.

## Kontaktperson / Angehörige / 1. Person / Gesetzlicher Vertreter

Name ..... Vorname .....

Adresse .....

Tel. Nr. Privat ..... Tel. Nr. Geschäft .....

Natelnummer ..... Verwandtschaftsgrad .....

Mailadresse .....

## Weitere Angehörige

Name ..... Vorname .....

Strasse/Nr. .... PLZ/Wohnort .....

Tel. Nr. privat ..... Tel. Nr. Gesch. .....

Natelnummer ..... Verwandtschaftsgrad .....

Mailadresse .....

Name ..... Vorname .....

Strasse/Nr. .... PLZ/Wohnort .....

Tel. Nr. privat ..... Tel. Nr. Gesch. .....

Natelnummer ..... Verwandtschaftsgrad .....

Mailadresse .....

## Weitere Angaben / Bemerkungen

Der/die Gesuchstellende wünscht die Aufnahme  dringend  vorsorglich

Erhalten Sie bereits eine Hilfenentschädigung?  JA  NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  JA  NEIN

## Unterschrift

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt den Heimarzt, beim Hausarzt allfällige medizinische Auskünfte einzuholen.

Der/die Unterzeichnende(r) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

### Bewohner

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

### Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Im Weiteren machen wir Sie darauf aufmerksam, dass mit der Entgegennahme dieses Aufnahmegesuches noch keine verbindliche Zusicherung für eine Aufnahme gegeben wird. Über die Aufnahme entscheidet der Geschäftsführer.