



## Anmeldeformular Bewohnende Alterszentren Zug

Wir freuen uns, dass Sie sich für ein Angebot der Alterszentren Zug interessieren.

Bitte kreuzen Sie an, für welches  Zentrum  Zentrum Herti  Zentrum Neustadt  Zentrum Herti, betreutes Wohnen

Priorität, wenn mehrere in Frage kommen (1 2 3)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

### Personalien

Name Vorname
Geb.-Datum Rufname
Adresse PLZ / Ort
Zivilstand Heimatort
Tel.-Nr. Mobile
AHV-Nr. 756. Konfession
(13-stellige Nummer)
Anzahl Kinder E-Mail

Leben Sie mit Angehörigen zusammen  nein  ja, mit wem

Hausarzt/-ärztin Name / Ort

Telefonnummer

Name Spitex Organisation Tel. Nr. Spitex Organisation

Krankenkasse Versicherungs-Nr.

Nur bei Interesse für das betreute Wohnen, Zentrum Herti: besteht eine Zusatzversicherung?  ja  nein

### Adressen der Angehörigen Bezugspersonen

#### 1. Kontakt / Beziehung

#### 2. Kontakt / Beziehung

Name / Vorname Adresse PLZ / Ort Tel.-Nr. Privat Mobile Tel.-Nr. Geschäft E-Mail

Bitte wenden!



## ALTERSZENTREN ZUG

**Besteht eine Beistandschaft**  nein  ja

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Erledigung der finanziellen Angelegenheiten

selbständig  mit Unterstützung Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse, falls oben nicht erwähnt:

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Beziehen Sie:

AHV Rente  ja  nein

IV  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Hilflosenentschädigung (Grad (leicht, mittel, schwer)

Elektronisches Patientendossier (EPD)

Pension  ja  nein

Ergänzungsleistungen  ja  nein

Vorsorgeauftrag vorhanden  ja  nein

ja  nein

ja  nein

### Haben Sie eine Kopie:

der Urkunde bei Beistandschaft

beigelegt wird nachgesendet

Pass / ID

beigelegt wird nachgesendet

der Krankenkassenkarte (Vorder – und Rückseite)

beigelegt wird nachgesendet

### Einverständniserklärung:

Notwendige medizinische Unterlagen (z.B. Diagnose- und Medikamentenliste, Überweisungsbericht) dürfen durch die Alterszentren beim Hausarzt / Spital eingefordert werden

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Vertretung \_\_\_\_\_

---

**Wichtig! Diese Anmeldung ist nur vorsorglich.  
Bei Dringlichkeit melden Sie sich bitte telefonisch an.**

### Bemerkungen:

---

---

### Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Alterszentren Zug Bewohneranmeldung, Gotthardstrasse 29, 6300 Zug