

## ANMELDUNG

Damit wir Ihren Umzug ins Höfli möglichst optimal vorbereiten können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Selbstverständlich garantieren wir Ihnen, dass Ihre Informationen vertraulich behandelt werden.

**Familienname:**

(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)

**Telefon:**

**Vorname:**

**AHV-Nr.**

**Geburtsdatum:**

**Konfession:**

**Strasse / PLZ / Wohnort\*:**

**Angemeldet in:**

**seit:**

**Heimatort:**

**Kanton:**

**Zivilstand:**

**Bisherige Wohnsituation:**

\* wenn Sie vor Einzug nicht zwei Jahre in der Stadt Schaffhausen angemeldet waren, benötigen wir eine Kostengutsprache Ihrer Gemeinde. Wir werden diese direkt einholen.

**Gegenwärtiger Aufenthaltsort:**

Eigener Haushalt

bei Familien-Angehörigen

Spital

anderer Ort

Adresse:

**Einzugstermin:**

## 1. Erste Ansprechperson

Telefon Privat:

Name, Vorname

Telefon Geschäft:

Adresse

Natel Nummer:

Bezug zu Patient/in

E-Mail:

## 2. Kontaktperson

Telefon Privat:

Name, Vorname

Telefon Geschäft:

Adresse

Natel Nummer:

Bezug zu Patient/in

E-Mail:

## Wer erledigt Zahlungen (LSV) / Administratives?

Name:

Natel Nummer:

Adresse:

E-Mail:

Beziehen Sie Hilflosen-Leistungen?

Ja

Nein

## Vermögensverhältnisse:

### Steuerunterlagen:

Bitte legen Sie der ausgefüllten Anmeldung eine Kopie der letzten (definitiven) Steuerveranlagung bei.

### Ergänzungsleistung:

Ja\*

Nein

\* Wenn ja, geben Sie uns bitte den neusten Berechnungsentscheid der AHV-Kasse ab. Zusätzlich bitten wir Sie beiliegende Vollmacht zu unterzeichnen, die uns ermächtigt, bei der AHV-Ausgleichskasse evtl. noch zusätzliche Informationen einzuholen.

**Hausarzt:**

Telefon:

Adresse:

Bitte senden Sie uns vor Einzug ein ärztliches Zeugnis

**Spezialarzt:**

Telefon:

Adresse:

Bitte schreiben Sie weitere Spezialärzte auf ein separates Blatt

**Krankenkasse:**

**Versicherungs-Nr.**

Bitte legen Sie eine Kopie des Versicherungsausweises bei.

**Haben Sie eine Patientenverfügung und/oder einen Vorsorgeauftrag?**

- Ja, ich habe eine Patientenverfügung (bitte geben Sie uns bei Eintritt eine Kopie, damit sichergestellt ist, dass Ihr rechtsverbindlicher Wille umgesetzt wird).
- Ja, ich habe einen Vorsorgeauftrag (bitte geben Sie uns bei Eintritt eine Kopie, damit sichergestellt ist, dass Ihre rechtsverbindliche Vorsorge umgesetzt wird).
- Nein, ich will keine Patientenverfügung
- Nein, ich will keinen Vorsorgeauftrag
- Bitte erklären Sie mir den Sinn und Zweck einer Patientenverfügung und des Vorsorgeauftrages

Sind Sie Raucherin/Raucher

Ja

Nein

Bemerkungen / Besondere Wünsche oder persönliche Mitteilungen:

---

---

---

**Ort/Datum:**

**Name:**

**Unterschrift:**