

Anmeldung Heimeintritt

- ☐ Heim Zopfmat
☐ Heim Breiten

Personalien:

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefonnummer:	_____	Geburtsdatum:	_____
Wohnort vor Heimeintritt	_____	Zivilstand:	_____
Heimatort:	_____	Konfession:	_____
Sozialver.Nr.:	_____		

Aufenthaltort vor Eintritt: ☐ zu Hause ☐ Spital _____ ☐ Andere _____

Krankenkasse

Hausarzt

Krankenkasse:	_____	Hausarzt:	_____
Strasse:	_____	Strasse:	_____
PLZ / Ort:	_____	PLZ / Ort:	_____
Vers.Nr.:	_____	E-Mail:	_____

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Kurzzeitbett:

☐ Ja

Langzeitbett:

☐ Ja

Unverzinsliche
Vorauszahlung

CHF 3'000

CHF 6'000

Ergänzungsleistung:

☐ Ja

☐ Nein

Hilflosenentschädigung:

☐ Ja

☐ Nein

Zimmer möbliert

☐ Ja

CHF 20.00 - 85.00 pro Monat

☐ Nein

TV mieten

☐ Ja

CHF 25.00 pro Monat

☐ Nein

Mitbringen eines Haustiers

☐ Ja

CHF 5.00 pro Tag

☐ Nein

Kontaktpersonen:**1)****2)**

Name/Vorname: _____

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Beziehungsgrad _____

Die Kontaktperson 1 erhält alle Informationen /
Korrespondenz des AZWDie Kontaktperson 2 Informationen / Korrespondenz
ebenfalls zusenden?☐ Ja☐ nicht notwendig**Zustelladresse / Rechnungsadresse:**

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Telefonnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Nr. P.: _____

Tel. Nr. G.: _____

Beistandschaft

☐ JaKopie Ernennungsurkunde
beilegen☐ Nein**Besondere Wünsche:**

Über die Aufnahme in das Alterszentrum Willisau entscheidet die Zentrumsleitung.

Mit dieser Anmeldung anerkennt der/die Unterzeichnende die zum Zeitpunkt des Heimeintritts
geltende Taxordnung, das Reglement und den Pensionsvertrag vorbehaltlos.

Ort und Datum

Der/Die Gesuchsteller/in oder gesetzl. Vertreter:

Senden Sie diese Anmeldung bitte an folgende Adresse:

Alterszentrum Willisau
Zopfmat 3
6130 WillisauTelefon 041 972 52 52
Mail zopfmatt@azw-willisau.ch
Website www.zopfmatt.ch