

## Anmeldung Heimeintritt

- Heim Zopfmat  
 Heim Breiten

### Personalien:

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

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  
Unverzinsliche  
Vorauszahlung CHF 3'000

**Langzeitbett:**  Ja  
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

Covid-19 Impfung:  Ja  Nein Daten: \_\_\_\_\_

**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  Ja Nein

Kopie Ernennungsurkunde beilegen

**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  
Zopf matt 3  
6130 Willisau

Telefon 041 972 52 52

Mail [zopfmatt@azw-willisau.ch](mailto:zopfmatt@azw-willisau.ch)Website [www.zopfmatt.ch](http://www.zopfmatt.ch)