

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

Covid-19 Impfung: Ja Daten: _____
 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 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
Zopfmat 3
6130 Willisau

Telefon 041 972 52 52

Mail zopfmat@azw-willisau.chWebsite www.zopfmat.ch