

Anmeldung

Personalien

Name _____

Vorname _____

Strasse und Haus-
nummer _____

PLZ und Ort _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Wohnsitzgemeinde

Postleitzahl	Gemeinde	Kanton ¹

Heimatort _____

Zivilstand _____

Konfession _____

AHV Nummer **756.** _____

Hausarzt mit Adresse _____

Krankenkasse _____

Sektion _____

Mitgliedernummer
Krankenkasse _____

Gesetzlicher Vertreter _____

Post geht an: _____

¹ Wenn sich der letzte Wohnsitz nicht im Kanton Thurgau befindet, klären Sie bitte vor der Unterzeichnung der Anmeldung mit der Wohnsitzgemeinde, ob der Anteil von Gemeinde/Kanton an den Pflegekosten von Ihrem Wohnsitzkanton übernommen wird oder wie die Pflegekosten im Alterszentrum Bussnang finanziert werden können. Ungedeckte Pflegekosten stellen wir dem Bewohner in Rechnung.

Leistungserbringer: (Bitte Änderungen während des Aufenthalts mitteilen)	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung
---	--

Vorgesehenes Eintrittsdatum _____

Kurz- oder Langzeitaufenthalt _____

Besonderes _____

Meldung an Pfarramt Wohngemeinde Ja
 zutreffendes bitte ankreuzen Nein

Postzustellung (bitte zutreffendes ankreuzen)	Alle Post ist dem Bewohner auszuhandigen.	Alle Post ist der Zahleradresse zuzustellen.	Persönliches, wie Ansichtskarten, von Hand adressierte Briefe sind dem Bewohner auszuhandigen, alles andere der Zahleradresse zuzustellen.

Die Post kann im Sekretariat während der Öffnungszeiten (Mo.-Fr. von 08:30-11:30 Uhr und 13:30-16:30 Uhr) abgeholt werden. Ansonsten wird die Post einmal im Monat an die Angehörigen weitergeleitet.

Telefon	
Möchten Sie einen eigenen Telefonapparat im Zimmer (ja/nein)?	
Bringen Sie Ihren eigenen Telefonapparat mit oder möchten Sie einen Apparat vom AZB mieten?	
<p>Es ist nicht möglich, die bisherige, private Telefonnummer ins AZB zu zügeln. Sie erhalten eine neue Telefonnummer. Sie können mit dem Anbieter Ihres bisherigen besprechen, ob er via Anrufbeantworter auf Ihre neue Nummer aufmerksam machen würde, wenn er Ihren bisherigen Anschluss aufgehoben hat.</p>	

Angehörige/Kontaktpersonen

Adresse, an die die Rechnungen geschickt werden dürfen

Name, Vorname

Strasse und Haus-
nummer

PLZ, Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse

Erstkontakt bei Fragen/Informationen durch Mitarbeitende des AZB

Name, Vorname

Strasse und Haus-
nummer

PLZ, Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon

E-Mail-Adresse

Weitere Kontakte, die über Anlässe im AZB orientiert werden möchten

Sie dürfen gerne weitere Zeilen einfügen bzw. die Rückseite verwenden. Nennen Sie zum Beispiel die Adressen all Ihrer Kinder.

Name, Vorname _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Name, Vorname _____

Strasse und Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Einverständniserklärung	
Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung meines Namens und Geburtstages im Aktivierungsprogramm des Hauses.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich gebe mein Einverständnis, dass ein Foto von mir für interne Zwecke in die Akten aufgenommen und für die anderen Bewohner (ca. eine Woche) aufgehängt/ausgestellt wird.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich gebe mein Einverständnis für die Publikation von Fotos aus Veranstaltungen und Anlässe auf der Website www.az-bussnang.ch oder im internen Kommunikationsmittel des Hauses.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Anmeldung für einen Pflegeplatz im Alterszentrum Bussnang wurde ausgefüllt durch:		
Name	Vorname	Beziehung zum Bewohner (Sohn etc.)
Datum	Unterschrift	