

# Anmeldung Pension Alterszentrum Bussnang

## 1 Personalien

Name

---

Vorname

---

Strasse und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Beruf

---

Geburtsdatum

---

Wohnsitzgemeinde

PLZ

Wohngemeinde

Kanton

---

Heimatort

---

Zivilstand

---

Konfession

---

AHV Nummer

**756.**

---

Hausarzt mit Adresse

---

Krankenkasse

---

Sektion

---

Kartennummer  
Krankenkasse

**807**

---

Karte gültig bis:

---

Gesetzlicher Vertreter

---

Post geht an:

---

Leistungserbringer:  Selbstzahler  
 Ergänzungsleistungen  
 Hilflosenentschädigung

Vorgesehenes Eintrittsdatum

Kurz- oder Langzeitaufenthalt  Langzeitvertrag  
 Kurzzeitvertrag (maximal drei Monaten)  
Elektronisches  Ja  
Patientendossier  Nein

Besonderes

---

Meldung an Pfarramt Wohngemeinde  Ja  
zutreffendes bitte ankreuzen  Nein

**Postzustellung** (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Alle Post ist dem Bewohner auszuhändigen.
- Alle Post ist der Zahleradresse zuzustellen.
- Persönliches, wie Ansichtskarten, von Hand adressierte Briefe sind dem Bewohner auszuhändigen, alles andere der Zahleradresse zuzustellen.

Bitte beachten Sie, dass für die Weiterleitung von eingehender Bewohnenden-Post pro Versand ein Betrag von 5.00 CHF plus Portogebühr verrechnet wird. Wir empfehlen eine Postumleitung bei der Post. Die gesammelte Post wird einmal wöchentlich versendet oder kann zu den Büroöffnungszeiten am Empfang abgeholt werden.

### Telefon

Möchten Sie einen eigenen Telefonapparat im Zimmer  Ja  
 Nein  
Wollen Sie einen Telefonapparat vom Alterszentrum mieten?  Ja  
 Nein

Das Alterszentrum Bussnang bietet keine Portierung der bisherigen Telefonnummer an. Sie erhalten daher eine neue Telefonnummer. Bitte informieren Sie Ihre Angehörigen, Freunde und Bekannten diesbezüglich.

## 2 Angehörige/Kontaktpersonen

### Adresse, an die die Rechnungen geschickt werden dürfen

Name, Vorname

Strasse und  
Hausnummer  
PLZ, Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse

### Erstkontakt bei Fragen/Informationen durch Mitarbeitende des AZB

Name, Vorname

Strasse und  
Hausnummer  
PLZ, Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

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 Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse

### 3 Einverständniserklärung

Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung meines Namens und Geburtstages im Aktivierungsprogramm und beim Willkommensbildschirm im Empfangsbereich	<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 <a href="http://www.az-bussnang.ch">www.az-bussnang.ch</a> oder im internen Kommunikationsmittel des Hauses.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte nehmen Sie beim Eintritt ins Alterszentrum Bussnang die Krankenkassenkarte des Bewohnenden, das Impfbüchlein und die Covid-19 Zertifikate (falls vorhanden) mit.

Falls Sie eine Patientenverfügung oder einen Vorsorgeauftrag besitzen, bitten wir Sie von diesen Dokumenten ebenfalls eine Kopie mitzunehmen.

Kopien von Originaldokumenten können auch bei Eintritt vorgenommen werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die entstehenden Kosten informiert wurde, folgende Unterlagen erhalten und verstanden haben:

- Taxen und Sicherheitsleistungen – gültig ab 01.01.2024
- Leistungsbeschreibung AZB – gültig ab 01.01.2024
- Nebenleistungen, Pauschalen, Gutschriften – gültig ab 01.01.2024
- Wissenswertes von A-Z für Bewohnende, Angehörige, Beistände
- Merkblatt Finanzierung eines stationären Aufenthalts in einer Pflegeinstitution im Kanton Thurgau
- Datenschutzerklärung für Bewohnende AZB

### Die Anmeldung wurde ausgefüllt durch

Name

Vorname

Beziehung eintretenden Person

Datum

Unterschrift

### Eintretende Person

Name

Vorname

Datum

Unterschrift