



## Anmeldung

### PERSONALIEN

Familienname:  Vorname(n):   
Geburtsdatum:  Heimatort:   
Konfession:  Zivilstand:   
Aktuelle Adresse:   
Zivilrechtlicher Wohnsitz (PLZ/Ort):   
SV-Nummer:  Beistandschaft:  Ja  Nein  beantragt

### ANGEHÖRIGE / KONTAKTPERSONEN

#### 1. Person (gesetzlicher Vertreter)

Familienname, Vorname  
  
Adresse  
  
Telefon  
  
E-Mail  
  
Art der Beziehung

#### 2. Person

Familienname, Vorname  
  
Adresse  
  
Telefon  
  
E-Mail  
  
Art der Beziehung

#### 3. Person

Familienname, Vorname  
  
Adresse  
  
Telefon  
  
E-Mail  
  
Art der Beziehung

#### 4. Person

Familienname, Vorname  
  
Adresse  
  
Telefon  
  
E-Mail  
  
Art der Beziehung



### HAUSARZT

Name/Vorname:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Ich wünsche eine Betreuung durch die RPB – Ärzte, auch wenn das zur Folge hat, mein Versicherungsmodell zu ändern (gilt nicht für TNZ und PWG Laufenburg)

Ja  Nein

### KRANKENVERSICHERUNG

Krankenkasse

Versichertennummer

Adresse

Kartenummer  
80756

Sektion

Karte gültig bis

### RECHNUNGSEMPFÄNGER

Name/Vorname:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Belastung via LSV gewünscht  Ja  Nein

### SOZIALVERSICHERUNG

Ergänzungsleistungen  
 Ja  Nein  beantragt

Hilfslosenentschädigung  
 Ja  Nein  beantragt  
 leicht  mittel  schwer



## BEILAGEN

Für die Anmeldung sind Kopien folgender Dokumente beizulegen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Identitätskarte                  | <input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Police der Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag                            |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung               | <input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde                          |

## UNTERSCHRIFT

Der Gesuchsteller oder die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit der Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie die Vollständigkeit obiger Angaben.

### Bewohner / Bewohnerin

Familienname, Vorname

Ort / Datum

Unterschrift

### Vertreter des Bewohners / der Bewohnerin, bzw. Rechnungsempfänger

Familienname, Vorname

Ort / Datum

Unterschrift



## Vereinbarung über Taschengeld und Zusatzkosten

### TASCHENGELD

Soll der Bewohnerin, dem Bewohner Taschengeld in Bar ausgezahlt werden?  Ja  Nein

Täglich CHF

Wöchentlich CHF

Monatlich CHF

Restaurantkarte gewünscht  Ja  Nein

### ZUSATZKOSTEN PRO MONAT

Telefon  TV (Tarife siehe Taxordnung)

Coiffeur

Schuhe/Kleidung

Fahrtkosten von externen Fahrdiensten werden den Bewohnenden direkt in Rechnung gestellt.

Für Begleitungen zu externen Terminen durch Mitarbeitende des Regionalen Pflegezentrum Baden werden den Bewohnenden CHF 60.00 pro angefangene Stunde in Rechnung gestellt

### BEMERKUNGEN

Gültig bis auf Widerruf

### UNTERSCHRIFT

**Bewohner / Bewohnerin, Vertreter, bzw. Rechnungsempfänger**

Familienname, Vorname

Ort / Datum

Unterschrift

**Bitte Formular mit Originalunterschrift retour an:**

Regionales Pflegezentrum Baden  
Bewohnerdienst  
Wettingerstrasse  
5400 Baden  
E-Mail: bewohnerdienst@rpb.ch