



**St. Antonius**  
Heim & Hospiz

# Heim Anmeldeformular

---

## 1. Personalien der BewohnerIn

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefon:

Konfession:

Geb.:

Heimatort:

Heimatschein in:

AHV/IV Nr.:

Krankenkasse:

Adresse:

PLZ: Ort:

Mitglied Nr. Kr.K:

---

## 2. Adresse der Eltern

Name:

## Adresse des gesetzlichen Vertreters

Adresse:

Name:

PLZ: Ort:

Adresse:

Tel.:

PLZ: Ort:

Tel.:

---

## 3. Hausarzt

Name:

## Spezialarzt

Adresse:

PLZ: Ort:

Tel.:

Name:

Adresse:

PLZ: Ort:

Tel.:

---

## 4. Rechnung geht an

Name:

Adresse:

PLZ: Ort:

---

## 5. Körperlicher und geistiger Zustand

Art der Behinderung:

Ist eine Kommunikation möglich, wenn ja wie?

Ursache:

Benötigen Sie regelmässig Medikamente,  
wenn ja welche?

In welchem Alter trat die Behinderung auf?



**St. Antonius**  
Heim & Hospiz

---

**6. Hilfe ist notwendig:**

bei der Körperpflege	ja	nein
beim baden/duschen	ja	nein
beim rasieren	ja	nein
beim an- und ausziehen	ja	nein
beim aufstehen	ja	nein
beim essen	ja	nein
beim gehen	ja	nein
beim sitzen	ja	nein
beim fahren mit dem Rollstuhl	ja	nein
beim ins Bett gehen	ja	nein
Inkontinenz	ja	nein

Wie gross ist der zeitliche Aufwand für die Pflege pro Tag?

---

**7. Möglichkeiten der Beschäftigung des Behinderten**

---

**8. Allgemeine Angaben**

Bei wem wohnt der BewohnerIn zur Zeit?

Name:

Adresse:

Vorname:

PLZ:

Ort:

Welche IV- Stelle ist zuständig?

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

Beziehen Sie Ergänzungsleistung?

---

**9. Vereinbarung**

Die ersten zwei Monate gelten für beide Seiten (Teile) als Probezeit.

Besondere Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschrift: