|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldeformular** | vorsorglich |
|  | dringlich |
| **Für dahlia mit Standort in:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Herzogenbuchsee | Huttwil | Niederbipp | Wiedlisbach | Attiswil |
| Tagesträff |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Übergangspflege**  von - bis |  | | | **Daueraufenthalt**  ab | |  |
| **Name und Vorname** |  | | | | | |
| Ledigname |  | | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | Heimatort | |  |
| Adresse |  | | | | | |
| Telefon |  | | | | | |
| Wohnsitzgemeinde |  | | | kantonal | | ausserkantonal |
| Steuergemeinde (falls abweichend vom Wohnort) | | | |  | | |
| Aktueller Aufenthaltsort | | |  | | | |
| Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit | | |  | | | |
| Nationalität |  | | | Konfession |  | |
| Zivilstand | verheiratet | | ledig | verwitwet | | geschieden |
| AHV-Nr. (13 stellig, siehe Krankenversicherungskarte) | | | |  | | |
| Grundversicherung |  | | | Vers. Nr. |  | |
| Zusatzversicherung |  | | | Vers. Nr. |  | |
| **Hausarzt:** | Name und Vorname | | |  | | |
| Ort |  | | | Telefon |  | |
| **Vertretungsberechtigte Bezugsperson für finanzielle Angelegenheiten** | | | | | | |
| Name und Adresse der Person oder Institution (gesetzliche Vertreter), an welche die Rechnungen zu senden sind und welche der dahlia oberaargau ag gegenüber für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist: | | | | | | |
| Name und Vorname | |  | | | | |
| Adresse | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| Telefon | | P: | | G: | | |
| Mobile | |  | | E-Mail | | |
| VG\* | |  | | | | |
| Bemerkungen | |  | | | | |
| *\*VG = Verwandtschaftsgrad, bzw. Mandatsform bei gesetzlicher Vertretung* | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertretungsberechtigte Bezugsperson für die persönliche Fürsorge** | | |
| Name und Vorname |  | |
| Adresse |  | |
|  |  | |
| Telefon | P: | G: |
| Mobile |  | E-Mail |
| VG\* |  | |
| **Weitere Bezugsperson** | | |
| Name und Vorname |  | |
| Adresse |  | |
|  |  | |
| Telefon | P: | G: |
| Mobile |  | E-Mail |
| VG\* |  | |
| Die angemeldete Person ist über einen eventuellen Heimeintritt orientiert. Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Unterschrift  Zukünftige/r Bewohnerin/Bewohner  und/oder die gesetzliche oder vertretungsberechtigte Bezugsperson |
|  |  |
| Bei dringender Anmeldung ist das spezielle Arztzeugnis für Langzeitkranke und Behinderte im Kanton Bern ausgefüllt beizulegen. | |
| **Bemerkungen** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Bitte senden Sie das Anmeldeformular an: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beratung und Aufnahme**  **dahlia oberaargau ag**  Stelliweg 24  3360 Herzogenbuchsee | Telefon 032 636 57 57  **aufnahme@dahlia-oberaargau.ch** |
| Wir werden uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen. Vielen Dank für Ihre Anmeldung. | |