

**ANMELDUNG**  
**Alterszentrum DREILINDEN, 6343 Rotkreuz**

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Adresse, PLZ, Wohnort:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Heimatort:</b>	
<b>Telefon-Nr.:</b>		<b>Mobile-Nr. (Handy):</b>	
<b>Zivilstand:</b> <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden/getrennt <input type="checkbox"/> Verwitwet seit:			
<b>Ihr Hausarzt:</b>			
<b>AHV-Nr. (13-stellig)</b>			
<b>Krankenkasse und Sektion:</b>			
<b>Policen-Nummer:</b>		<input type="checkbox"/> Allgemein Kanton Zug	<input type="checkbox"/> Allgemein ganze CH
		<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
<b>Bevorzugtes Spital:</b>			
<b>In der Gemeinde Risch oder Meierskappel wohnhaft seit:</b>		<b>Konfession:</b>	
<i>Falls die angemeldete Person selber nicht in der Gemeinde Risch oder Meierskappel wohnhaft ist, jedoch Angehörige hier wohnen:</i>			
<b>Name und Vorname:</b>			
<b>Adresse, PLZ, Wohnort:</b>			
<b>Hier wohnhaft seit:</b>		<b>Verwandtschaftsgrad:</b>	

**Art der Anmeldung:**  so schnell als möglich/Dringlichkeit (Warteliste)  
 vorsorglich (Anmeldeliste)

**Die Aufnahme ins Alterszentrum erfolgt grundsätzlich nach Dringlichkeit.** Aufnahmen nach objektiver Dringlichkeit werden auf Grund einer ärztlichen Empfehlung und/oder einer Pflegebedarfsabklärung (durch Spitex oder Spital) entschieden.

**Die Priorität für die Aufnahme richtet sich im Übrigen nach dem geltenden Aufnahmereglement.**

Auf die **Warteliste** werden Personen genommen, die sich entschlossen haben, bei einem freierdenen Platz sofort einzutreten. Diese werden vom Dreilinden aufgeboten, wenn ein Platz verfügbar ist.

Die **Anmeldeliste** enthält Personen, die sich vorinformiert haben, aber zur Zeit nicht eintreten wollen. Um auf die Warteliste zu kommen, müssen die Personen selber aktiv werden und sich im Dreilinden melden.

<b>Anmeldung erfolgt durch:</b>	<input type="checkbox"/> Selbstanmeldung	<b>Kontaktperson bei freiem Zimmer:</b>	<input type="checkbox"/> Bewerber/-in: Tel. Nr.:
	<input type="checkbox"/> Angehörige		<input type="checkbox"/> Angehörige: Tel. Nr.:
	<input type="checkbox"/> Dritte		<input type="checkbox"/> Dritte: Tel. Nr.:
	<input type="checkbox"/> Spital		<input type="checkbox"/> Spital: Tel. Nr.:

