

# Anmeldeformular

Mit dem Ausfüllen Ihrer Angaben bestätigen Sie, die Datenschutzerklärung b51 zur Kenntnis genommen zu haben und erklären sich mit deren Inhalt einverstanden.

Ich möchte mich gerne für folgende Wohnmöglichkeit im b51 anmelden:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> *Standard-Zimmer ab 22 m <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 1 ab 47 m <sup>2</sup>   |
| <input type="checkbox"/> *Superior-Zimmer ab 30 m <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 2 62 m <sup>2</sup>      |
|  | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 3 64 – 66 m <sup>2</sup> |
|  | <input type="checkbox"/> Wohnung Typ 4 75 m <sup>2</sup>      |

Die Anmeldung erfolgt  vorsorglich  dringend  für einen Kurzaufenthalt\* geplante  
Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_  
 für einen Langzeitaufenthalt

\*Räume für **Kurzaufenthalter** werden durch uns möbliert, inkl. TV. Falls Sie ein Festnetztelefon im Zimmer wünschen, bitte hier ankreuzen .

## Persönliche Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession (freiwillig) \_\_\_\_\_

Bisherige/aktuelle Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In welcher Gemeinde sind Ihre Schriften hinterlegt: \_\_\_\_\_

## Versicherung (bitte Kopie der Versicherungskarte der Anmeldung beilegen)

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_

SVA-Nummer 756. \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

---

---

Übernimmt Ihr Hausarzt Hausbesuche?       ja     nein

**Persönliche Angaben des Wohnpartners / der Wohnpartnerin im gleichen Zimmer bzw. derselben Wohnung:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession (freiwillig) \_\_\_\_\_

Aktuelle Wohnadresse: \_\_\_\_\_

**Ausstattungsünsche Langzeitaufenthalt:**

Einzelzimmer Westflügel:        Festnetz-Telefon  
       Fernseher (muss selbst mitgebracht werden)

Die Wohnungen und Zimmer im Ostflügel sind ans Glasfasernetz angeschlossen. Telefon, TV und Internet sind bei Langzeitaufenthalten im Ostflügel Sache des Mieters bzw. des Bewohners.

**Patientenverfügung**

Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt?        ja        nein  
(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

**Vorsorgeauftrag**

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag erstellt?        ja        nein  
(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

Wenn nicht, bitten wir Sie, dies innert drei Monate nach Eintritt einzureichen.

**Aktueller Aufenthalt vor Eintritt:**     zu Hause                       Kantonsspital St. Gallen  
    anderes Heim                     Geriatrische Klinik  
    Psychiatrische Klinik     anderes Spital

**Angaben zur Person, die für Sie in Notsituationen entscheidungsbefugt ist, sofern keine Patientenverfügung bzw. kein Vorsorgeauftrag vorliegt (Bitte in der Reihenfolge angeben, wie sie in Notfällen zu benachrichtigen sind):**

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Handy-Nummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beziehung (Partner/in, etc.) \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Handy-Nummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beziehung (Partner/in, etc.) \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Handy-Nummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beziehung (Partner/in, etc.) \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse / Finanzverantwortliche/r**

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Handy-Nummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Beistand**

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Handy-Nummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Finanzielle Verhältnisse**

Beziehen Sie  AHV  Ergänzungsleistungen  Hilflosen-Entschädigung  
 andere Renten / Entschädigungen: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen / Ergänzungen**

---

---

---

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterzeichnet an:  
bruggwald 51, Wohnen und Pflege im Alter, Administration / Empfang, Bruggwaldstrasse 51,  
Postfach 143, 9008 St. Gallen oder stellen Sie es uns elektronisch an [info@bruggwald51.ch](mailto:info@bruggwald51.ch) zu.