

Anmeldeformular - Betagtenzentren

Vielen Dank für Ihr Interesse an den Wohnangeboten von Viva Luzern. Bitte markieren Sie das gewünschte Betagtenzentrum:

- VL Dreilinden VL Staffelhof VL Eichhof VL Wesemlin
 VL Rosenberg VL Tribtschen Spezialabteilung Demenz

Wie sind Sie auf Viva Luzern aufmerksam geworden?

- Medien (Zeitung, Radio, Fernsehen) Empfehlung von Bekannten
 Partner (Anlaufstelle Alter, Pro Senectute, Spitex, Spital) Webseite www.vivaluzern.ch
 Ich lebe in einem Quartier mit einem Standort von Viva Luzern.
 Veranstaltungen: _____ Andere: _____

Personalien (*Pflichtfelder)

- *Name/Vorname: _____
*Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____
Zivilstand: _____ Konfession: _____
*Adresse/PLZ/Ort: _____
*Telefon-Nr.: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____
*Wohnhaft in Luzern seit: _____

AHV-Nr.: 756. ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Bitte **Kopie Krankenversicherungskarte** beidseitig beilegen oder ausfüllen wie folgt:

- Krankenversicherungskarten-Nr.: _____ gültig bis: _____
Name Krankenkasse: _____
Kunden-Nr.: _____

Finanzierung

Beziehen Sie aktuell Ergänzungsleistungen zur AHV-Rente?

- Ja (bitte Verfügung beilegen).
 nein, aber Anspruch muss geprüft werden.

(Auf folgender Internetseite können Sie anhand des Kalkulators eine Einschätzung betreffend den Anspruch prüfen oder sich bei Fragen direkt bei Beratung Wohnen im Alter melden:

www.prosenectute.ch/de/dienstleistungen/beratung/el-rechner)

- nein, selbstzahlend (bitte Steuereinschätzung in Kopie oder Nachweis über Finanzierung Heimaufenthalt beilegen, Vielen Dank).



Hausarzt/-ärztin (Name, Adresse, Telefon):

Facharzt/-ärztin (Richtung, Name, Adresse, Telefon):

Facharzt/-ärztin (Richtung, Name, Adresse, Telefon):

Adressen der Angehörigen/Bezugspersonen

1. Bezugsperson: Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name/Vorname: _____

Adresse/PLZ/Ort: _____

Mobile: _____ E-Mail: _____

2. Bezugsperson: Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name/Vorname: _____

Adresse/PLZ/Ort: _____

Mobile: _____ E-Mail: _____

Ausgefüllt von (Name): _____ Datum: _____

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir direkt mit Ihnen oder mit einer Ihrer angegebenen Bezugspersonen nach Erhalt der Anmeldung Kontakt aufnehmen dürfen:

- direkt mit mir mit 1. Bezugsperson mit 2. Bezugsperson
 bitte nehmen Sie betreffend weiterem Vorgehen mit (Name, Vorname, Telefon-Nr.)

_____ Kontakt auf.

Bitte senden Sie uns mit der Anmeldung folgende Zusatz-Unterlagen mit:

- ausgefüllter Arztbericht
 Kopie eines amtlichen Ausweises (Personalien Identitätskarte oder Reisepass)

Das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular (Pflichtfelder) bitte an:

Viva Luzern AG, Beratung Wohnen im Alter, Schützenstrasse 4, 6003 Luzern oder per E-Mail an beratung@vivaluzern.ch senden. Vielen Dank.

Gerne nehmen wir nach Erhalt der Anmeldung Kontakt mit Ihnen auf. Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen, Ihre Viva Luzern.