

Anmeldeformular

PERSONALIEN

Familiennamen

Vorname(n)

Geburtsdatum

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

Nationalität

Konfession

Zivilstand

AHV-Nr.

Wohnort

dort angemeldet seit

Adresse

Telefon-Nr.

gegenwärtiger Aufenthaltsort

ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden? JA NEIN^{*)}

^{*)}Falls Sie NEIN angekreuzt haben, wird Ihre medizinische Betreuung durch unseren Heimarzt sichergestellt.

KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE**1. Person / Gesetzlicher Vertreter**Familiennamen / Vorname
_____Adresse / Wohnort
_____Telefon-Nr.
_____Art des Bezugsverhältnisses
_____**2. Person**Familiennamen / Vorname
_____Adresse / Wohnort
_____Telefon-Nr.
_____Art des Bezugsverhältnisses
_____**WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN**

Erhalten Sie bereits eine Hilfenentschädigung?

 JA NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

 JA NEINWelche Zimmerkategorie wünschen Sie? Einbettzimmer / CHF 130.00 Zweibettzimmer / CHF 115.00

Monatliche Verbrauchsmaterial Liste wird erstellt. (separate Rechnung)

Ein Depot/Kautions von CHF 5'000.00 ist zu bezahlen.

Auf welchem Termin wünschen Sie den Eintritt? _____

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort, Telefon)
_____Bemerkungen

_____**UNTERSCHRIFT**

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum _____

Unterschrift _____