

Anmeldeformular

PERSONALIEN

Familienname

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
 Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

2. Person
 Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?
 Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

JA NEIN
 JA NEIN

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Einbettzimmer / CHF 130.00
 Zweibettzimmer / CHF 115.00

Monatliche Verbrauchsmaterial Liste wird erstellt. (separate Rechnung)
 Ein Depot/Kautions von CHF 1'000.00 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 _____