

Anmeldeformular 2024

PERSONALIEN

S.1

Familienname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

Nationalität

Konfession

Zivilstand

AHV-Nr. _____

Krankenkasse/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.)

Bei welcher Haftpflichtversicherung sind Sie versichert?

Name vom Hausarzt

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
 £ Einbettzimmer mit Balkon/CHF 140.00
 £ Zweibettzimmer / CHF 115.00

Ein Depot/Kautions von CHF 1'000.00 ist zu bezahlen.

Auf welchen Termin wünschen Sie den Eintritt?

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort, Telefon)

Die Rechnungsadresse wird weitergegeben z.B.an Apotheke, Arzt

Bemerkungen

Bitte eine Kopie der ID und Krankenkassenkarte beilegen. Besten Dank.

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 _____