

Anmeldeformular 2025

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 Hilfflosenentschädigung?

☐ JA☐ NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

☐ JA☐ NEINWelche Zimmerkategorie wünschen Sie?☐ Einbettzimmer / CHF 130.00☐ Einbettzimmer mit Balkon/CHF 140.00☐ Zweibettzimmer / CHF 115.00

Taxordnung 2025 ist Bestandteil des Pensionsvertrag

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 _____