

Anmeldeformular: Eintritt sofort:

☐

Eintritt nach Vereinbarung:

☐

Altersheim:

☐

Demenzabteilung:

☐

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

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle,

Mitglieder-Nr.)

Bitte Karte bei Eintritt im Sekretariat abgeben

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Tel.Nr.)

KONTAKTPERSON / ANGEHÖRIGE

1. Person / Gesetzlicher Vertreter
Familiennamen / Vorname

2. Person
Familiennamen / Vorname

Adresse / Wohnort

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

Art des Bezugsverhältnisses

e-mail

e-mail

WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilfenentschädigung?

Ja ☐ Nein ☐

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen ?

Ja ☐ Nein ☐

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort)

Bemerkungen

UNTERSCHRIFT

Der/die Unterszeichnende(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 _____