

Anmeldung für Eintritt Bewohner/in

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und der Administration zur Aufnahme einreichen.

AÜP (14 Tage)

Ferienaufenthalt

Daueraufenthalt

Eintrittsdatum: _____

Zimmer-Nr.: _____

Tarif Zimmer: _____

PERSONALIEN

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Nr.: _____

Zivilstand: _____

Konfession: _____

Heimatort: _____

AHV-Nr.: _____

Schriften Gde: _____

Vorschussleistung: ja nein

Betrag: _____

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

2. Bezugsperson

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

3. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

4. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

HAUSARZT

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden? ja nein

KRANKENKASSE**(Bitte Kopie KK Ausweis beilegen)**

KK-Name: _____

PLZ/Ort: _____

Mitglied Nr. _____

Haben Sie eine **Zusatzversicherung**? ja nein

KK-Name Zusatzversicherung: _____

PLZ/Ort: _____

Mitglied Nr. _____

ZAHNARZT

Name: _____

Tel.Nr. _____

PLZ/Ort: _____

AUGENARZT

Name: _____ Tel.Nr. _____

PLZ/Ort: _____

HÖRAKUSTIKER

Name: _____ Tel.Nr. _____

PLZ/Ort: _____

RECHNUNGSEMPFÄNGER / FINANZIELLES (Bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)

1. Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe
(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
2. Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauens- oder Drittperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-mail: _____

Bezug zu Bewerber: _____

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?

 ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?

 ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?

 ja nein, wird bei Eintritt erstellt

Miete

Telefonanschluss ja Interne Nr. _____ neinMiete Mobiliar Rollator Rollstuhl _____

Bemerkungen: _____
