

Anmeldeformular «Pflegezentrum Forch»

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und an die Administration zurückgeben

BEILAGEN ZU DIESER ANMELDUNG

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausweis-Kopie | <input type="checkbox"/> Kopie der Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung-Ausweis | <input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag |
| <input type="checkbox"/> Verfügung Beistandschaft | <input type="checkbox"/> Dokument Reanimation-Status |

PERSONALIEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon Nr.:	_____
Zivilstand:	_____	Konfession:	_____
Heimatort:	_____	AHV-Nr.:	_____
E-Mail:	_____		

KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____ Bezug zu BewerberIn: _____

Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes ist folgende Kontaktperson zu informieren:
(Bitte geben Sie nur einen Kontakt an)

Tag: _____ Nacht: _____

GESETZLICHE VERTRETUNG (TreuhänderIn, Beistandschaft, Vormundschaft) – Kopie beilegen!

1. Bezugsperson

Rolle: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Bezugsperson

Rolle: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

RECHNUNGSADRESSE

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____

POSTEINGÄNGE

- Sämtliche Post dem/der BewohnerIn aufs Zimmer verteilen
- Post an Kontaktperson senden (kostenpflichtig CHF 35.- / Monat pauschal)

HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail (**zwingend**): _____

- Hausarzt / Hausärztin hat bestätigt, dass Hausbesuche im Pflegezentrum durchgeführt werden (nur BewohnerInnen Pflegezentrum)

KRANKENKASSE

KK-Name: _____ PLZ/Ort: _____

Versichertennummer: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung: Nein Ja

Name Zusatzversicherung: _____

Datum _____