

Anmeldung Eintritt

Name und lediger Name

Vorname

Adresse (gesetzlicher Wohnsitz/Schriften)

Geburtsdatum

Telefonnummer

Konfession

Zivilstand

Heimatort

AHV-Versicherungsnummer

Eintritt gewünscht innert: 6 Monate Ja 24 Monate Ja Anmeldung vorsorglich Ja

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

1. Ansprechperson

Rechnungsadresse

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige / Bezugspersonen

Weitere Angehörige / Bezugspersonen

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Für finanzielle und rechtliche Belange Beistand Ja Nein

Name _____ Strasse _____

PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Hausarzt

Name _____ PLZ, Wohnort _____

Strasse _____ Telefon _____

Apotheke

Name _____ PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse

Name _____ Sektion _____

Mitgliedernummer _____ Telefon _____

Übertritt von Institution (Spital, Klinik, etc.) _____ Name _____ Zuhause ohne Spitex Zuhause mit Spitex**Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?** Ja Nein wird beantragt**Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?** Ja Nein wird beantragtWenn ja _____ leicht mittel schwer

Der / die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt die Geschäftsleitung bzw. Pflegedienstleitung, weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort, _____

Datum, _____

Unterschrift _____

Wird vom Wohn- und Pflegezentrum ausgefüllt

Bestätigt am _____ Visum _____