



Anmeldung

Name und lediger Name

Vorname

Adresse

Wohnort

Heimatort

Geburtsdatum

Konfession

AHV-Versicherungsnummer

Zivilstand

Telefon

E-Mail

Eintritt gewünscht innert 6 Monaten

Eintritt gewünscht innert 12 Monaten

Ehepaarzimmer

Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

1. Ansprechperson

Rechnungsadresse

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Mobile

Mobile

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Weitere Angehörige/Bezugsperson

Name

Name

Vorname

Vorname

Strasse

Strasse

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon

Telefon

Mobile

Mobile

E-Mail

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Verwandtschaftsgrad

Für finanzielle und rechtliche Belange

Beistandschaft

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Hausarzt

Name _____ Telefon _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Krankenkasse

Name _____

Versicherten-Nr. / Policen-Nr. _____

Krankenkassenkarten-Nr. _____

Übertritt von

Institution (Spital, Klinik, etc.) Name _____

Zuhause ohne Spitem

Zuhause mit Spitem

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen ja nein wird beantragt

Beziehen Sie eine Hilflosen Entschädigung ja nein wird beantragt

Wenn ja leicht mittel schwer

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

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.
Sie erhalten von uns eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____