

Anmeldung

Formulare bitte vollständig ausfüllen!

Die Zimmerzuteilung für den Aufenthalt erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf der/des Anmelders und anhand der freien Kapazitäten unseres Alters- und Pflegeheim.

Personalien

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:

Strasse: Haus-Nr.:.....

PLZ Ort:

Telefon Nr.: Natel Nr.:

Fax Nr.: E-Mail:

Bitte Kopie der Identitätskarte oder des Pass beilegen!

Heimatort:

Zivilstand ledig / verheiratet / verwitwet / geschieden (*zutreffendes unterstreichen*)

Konfession

Jüdisch Reformiert Römisch-Katholisch Konfessionslos

andere.....

AHV-Nummer: (*bitte Kopie der AHV-Karte beilegen*)

Hausarzt

Name:..... Vorname:.....

Strasse: Ort:.....

Telefon Nr.: Fax Nr.:

E-Mail:

Krankenkasse

Hauptsitz:

Mitglieder-Nr.:

(*bitte aktuelle Krankenkassenpolice beilegen*)

Gesundheitsfragen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung? ja nein
(bitte Kopie beilegen)

Finanzierung

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistung zur AHV? ja nein
(bitte Kopie der Verfügung beilegen)

Beziehen Sie bereits Hilfslosenentschädigung? ja nein
(bitte Kopie der Verfügung beilegen)

Information

Ist die aufgeführte Person über die Anmeldung
Informiert worden? ja nein

Rechnungsempfänger

Name:..... Vorname:.....
Strasse: Haus-Nr.:.....
PLZ Ort:
Telefon Nr. P.: Telefon Nr. G.:
Natel Nr.: Fax Nr.:
E-Mail: Verwandtschaftsgrad:

Kontaktpersonen

Name:..... Vorname:.....
Strasse: Haus-Nr.:.....
PLZ Ort:
Telefon Nr. P.: Telefon Nr. G.:
Natel Nr.: Fax Nr.:
E-Mail: Verwandtschaftsgrad:

Name:..... Vorname:.....
Strasse: Haus-Nr.:.....
PLZ Ort:
Telefon Nr. P.: Telefon Nr. G.:
Natel Nr.: Fax Nr.:
E-Mail: Verwandtschaftsgrad:

Name:..... Vorname:.....
Strasse: Haus-Nr.:.....
PLZ Ort:
Telefon Nr. P.: Telefon Nr. G.:
Natel Nr.: Fax Nr.:
E-Mail: Verwandtschaftsgrad:

Ort / Datum:

Unterschrift/en Interessent/in
Oder deren gesetzlichen Vertreter/innen

Folgende Dokumente bitte der Anmeldung beilegen:

- Kopie der Identitätskarte oder Pass
- Kopie der AHV-Karte
- Kopie der aktuellen Krankenkassenpolice
- Kopie der Patientenverfügung (*wenn vorhanden*)
- Kopie der Verfügung Ergänzungsleistung (*wenn vorhanden*)
- Kopie der Verfügung Hilfslosenentschädigung (*wenn vorhanden*)

