

PERSONALIEN

Familienname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

Nationalität

Konfession

Zivilstand

AHV-Nr.

Wohnort

dort angemeldet seit

Adresse

Telefon-Nr.

gegenwärtiger Aufenthaltsort

ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?

JA

NEIN¹⁾

KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE

1. Person / Gesetzlicher Vertreter

Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

2. Person

Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?

JA NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

JA NEIN

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Einbettzimmer Haus Stockert
 Einbettzimmer Haus Länzert
 Zweibettzimmer Haus Stockert

Ist diese Anmeldung dringlich?

JA NEIN

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort)

Bemerkungen

UNTERSCHRIFT

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift

Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum

Unterschrift