

Anmeldung Pflegezentrum

PERSONALIEN			
Name/lediger Name			
Vorname	Geburtsdatum		
Strasse/Nr.	Zivilstand		
PLZ/Ort	Konfession		
Telefon	Heimatort		
AHV-Nr. 756.	Nationalität		
E-Mail			
In welcher Gemeinde sind Sie steuerpflichtig?			
ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONE	EN		
1. Bezugsperson (Vertrauensperson)	- 1 C		
Name	Telefon		
Vorname	Mobil		
Strasse/Nr.	<u>E-Mail</u>		
PLZ/Ort	Beziehungsgrad		
2. Bezugsperson			
Name	Telefon		
Vorname	Mobil		
Strasse/Nr.	E-Mail		
PLZ/Ort	Beziehungsgrad		
3. Bezugsperson			
Name	Telefon		
Vorname	Mobil		
Strasse/Nr.	<u>E-Mail</u>		
PLZ/Ort	Beziehungsgrad		
RECHNUNGSSTELLUNG			
<u> </u>	☐ 2 ☐ 3 ☐ an untenstehende Adresse		
Name	Telefon		
Vorname	Mobil		
Strasse/Nr.	<u>E-Mail</u>		
PLZ/Ort	Beziehungsgrad		



Anmeldung Pflegezentrum

VERSICHERUI	NGEN			
Krankenkasse				
Strasse/Nr.		PLZ/Ort		
Karten-Nr. 807		Versichertennummer		
			aftpflichtversicherung abzuschliessen, e Ansprüche Dritter zu decken.	
HAUSARZT				
Name		Strasse/Nr.		
Vorname		PLZ/Ort		
Telefon				
Macht Ihr Hausarz	t Hausbesuche im Wohn- und Pfle	gezentrum	? □ Ja □ Nein	
ADMINISTRA	TIVE FRAGEN			
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? Haben Sie einen Beistand?		□ Ja □ Ja □ Ja □ Ja	□ Nein□ Nein□ Nein□ Nein□ Nein	
Name/Adresse B	eistand:			
Wünschen Sie	einen Telefonanschluss einen eigenen Briefkasten einen Zimmerschlüssel (Badge) einen Wertschublade-Schlüssel WLAN im Zimmer	☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja	☐ Nein	
\square Bewohner:in	denz an Bewohner abgeben npfänger weiterleiten (wöchentlich	ne Nachsenc	dung, siehe Taxordnung)	
Mit der Untersch diesem Formular	halt Gewünschter Eintritt Ilt Wochentag(e): nmeldung (Kontaktieren Sie uns, wenn nrift bestätigen Sie, dass Sie die	stermin: ein Eintritt ko Taxordnun Bei Eintritt	onkret wird) ng Pflegezentrum und die Angaben auf in das Pflegezentrum wird ein separater	
Ort und Datum		Unterschrift Bewohner:in oder Vertreter:in		