



Anmeldeformular Betreuung und Pflege

Anmeldung für den Eintritt: ___ vorsorglich ___ dringlich
___ Ferien ___ Kurzaufenthalt /AÜP
(min. 2 Wochen) (max. 3 Mt.)

Gewünschte/s Eintrittsdatum / Aufenthaltsdauer: _____

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Wohnort _____

wohnhaft in der aktuellen Wohngemeinde seit: _____

Heimatort _____ Telefon _____

E-Mail _____ Mobile _____

AHV-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Ehemaliger Beruf _____

Konfession _____

Momentaner Aufenthalt _____

Rechnungsadresse _____
(falls nicht Bewohner/in)

physische Rechnung elektronisch

Postempfänger _____
(falls nicht Bewohner/in)

Krankenkasse

Name _____ Adresse _____

PLZ, Ort _____ Sektion _____

Mitglieder-Nr. _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____

Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie a) eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente ___ ja ___ nein

b) eine Hilflosenentschädigung ___ ja ___ nein

Verfügen Sie über?

Patientenverfügung ja nein (wird von uns zur Verfügung gestellt)
Vollmacht / Vorsorgeauftrag ja nein infolge eingeschränkter Handlungsfähigkeit
(bitte bei Eintritt schriftlich abgeben)
Mitgliedschaft bei Exit / Dignitas ja nein

Angehörige

Erste Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____

Besonderes

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer? ja nein

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung; die definitive Aufnahme erfolgt mit dem Pensionsvertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Pflegedienstleitung/Zentrumsleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Datum und Ort _____

Unterschrift _____
(evtl. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)