

Anmeldeformular

(Ehepaare: Bitte pro Person eine Anmeldung ausfüllen)

Personalien <i>(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)</i>	
Name:	
Vorname:	
derzeitige Wohnadresse:	
PLZ / Ort:	
Telefon-Nr.:	
Mobile-Nr.:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Heimatort:	
AHV-Nr. (13-stellig):	
Konfession:	
Angemeldet in der Gemeinde: <i>(Steuerdomizil, Schriften hinterlegt)</i>	
früherer Beruf:	
Zivilstand (Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
Gewünschter Aufnahmetermin:	
<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später (Warteliste)	

1. Angehörige / Bezugsperson / Vertreter/in (bitte mind. 2 Personen angeben, inkl. Verwandtschaftsgrad)

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon-Nr.:

Mobile-Nr.:

E-Mail:

Verw.grad:

2. Angehörige / Bezugsperson / Vertreter/in

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon-Nr.:

Mobile-Nr.:

E-Mail:

Verw.grad:

3. Angehörige / Bezugsperson / Vertreter/in

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon-Nr.:

Mobile-Nr.:

E-Mail:

Verw.grad:

Zustelladresse für Rechnungen:

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Ansprechperson für gesundheitliche Belange:

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon-Nr.:

Mobile-Nr.:

E-Mail:

Verw.grad:

Krankenkasse (Grundversicherung):

Name der Kasse:

PLZ / Ort:

Versicherten-Nr.:

 Karten-Nr.: **80756...**

Ablauf-Datum:

Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen (Vor- und Rückseite)
Hausarzt:

Name / Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Fragen:

 Besteht eine Patientenverfügung? ja nein

 Besteht ein Vorsorgeauftrag? ja nein

 Haben Sie Betreuung durch Spitex-Dienste? ja nein

 Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV und IV? ja nein

 Beziehen Sie Hilflosenentschädigung zur AHV/IV? ja nein

 EPD Patientendossier aktiv? ja nein

Rechnungsbegleichung:

Gemäss Pensionsvertrag Ziffer 4 soll die Begleichung der monatlichen Rechnung per LSV (Lastschriftverfahren) oder Debit Direct (Direktbelastung Postfinance) erfolgen.

Wir klären uns einverstanden, die Rechnungen per:

 LSV DD zu bezahlen.

 Nein ** ****bei Verzicht auf das Einrichten des LSV/DD wird monatlich eine Gebühr von CHF 25.00 erhoben.**

Ermächtigung:

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meinen Arzt/meine Ärztin und/oder die sozialmedizinischen Institutionen gegenüber dem Alterszentrum Hofwiesen, Auskunft über meinen Gesundheitszustand und die aktuell verordneten Medikamente zu erteilen. Somit sind diese Personen von der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz entbunden.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschrift:

oder

Ort und Datum:

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter/Angehöriger: