

**Definitive Anmeldung – Personalienblatt Bewohner/in**

**Wir bitten Sie, das Personalienblatt 24h vor Eintritt ausgefüllt in der Administration abzugeben!**

**Details entnehmen Sie bitte unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen**

**Personalien:**

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefonnr.:		Natel:	
Geb. Datum:		Geburtsort:	
Heimatort:		Zivilstand:	
Schriftenort:		Konfession:	
Sozialversicherungsnummer: (ehem. AHV-Nr.)			
<b>Abgeben:</b>	Familienbüchlein? <input type="checkbox"/>	<b>Oder</b>	Niederlassungsausweis? <input type="checkbox"/>

**Eintrittsangaben:**

Eintrittsdatum:		Eintrittszeit:	
Definitiv	<input type="checkbox"/>	Ferien	<input type="checkbox"/>
Eintritt von: Zu Hause	<input type="checkbox"/>	Spital/Klinik	<input type="checkbox"/>
		Anders:	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie vor Eintritt Spitex? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

**Wichtige Adressen:**

Krankenkasse			
Name:		Strasse:	
PLZ/Ort:		Mitglieder. Nr.:	

Arzt			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefonnr.:			
Wollen Sie zu unserer Heimarztpraxis Medaxo Praxen AG, Graffenriedstrasse 1, 3074 Muri bei Bern wechseln? (bitte unten ankreuzen):			
<input type="checkbox"/>	Hausarzt behalten	<input type="checkbox"/>	Zum Heimarzt wechseln

Zahnarzt / Dentalhygieniker			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	

Wollen Sie zu unserem Hauszahnarzt /Dentalhygieniker Praxis Jäggi und Scheidegger, Unterdorfstrasse 1, 3612 Steffisburg wechseln? (bitte unten ankreuzen):			
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt behalten	<input type="checkbox"/>	Zum Hauszahnarzt wechseln

Angehörige/Freunde:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:		Verwandtschaftsgrad:	
E-Mail:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:		Verwandtschaftsgrad:	
E-Mail:			

Wer unterschreibt den Vertrag:	
<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Vertreter (bitte Namen ergänzen):

Rechnungsempfänger für die Heimrechnung:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:			

Wer erhält die Post, Rechnungen, Werbung etc.:			
<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> Vertreter:	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	

<input type="checkbox"/>	Beistandschaft?	<input type="checkbox"/>	Vorsorgeauftrag?
Name:		Vorname:	
Institution:		Strasse:	
PLZ/Ort:		Telefon:	

Wichtige Fragen (bitte zutreffendes ankreuzen):	
---	--

<b>Wäsche beschriften lassen?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, CHF 0.50 /Stk.	<input type="checkbox"/> Nein, wir haben dies selber organisiert. Beim Verlust der nicht beschrifteten Wäsche <b>haftet</b> das Pflegeheim <b>nicht</b> .
<b>Telefon im Zimmer (CHF 35.00 p/M) nur bei Ferientaufenthalt</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, bitte installieren	<input type="checkbox"/> Nein, kein Telefon
<b>TV-Anschluss (CHF 60.00 p/M) nur bei Ferientaufenthalt</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Kombi Telefon und TV (CHF 75.00) nur bei Ferientaufenthalt</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Diverses (bitte nur wenn Antwort „JA“ zutrifft ankreuzen):</b>	
<input type="checkbox"/> Erhalten Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Wenn ja, seit wann:
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden?	
<input type="checkbox"/> Coiffeur gewünscht?	Wie oft?
<input type="checkbox"/> Podologie gewünscht?	Wie oft?

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_