

Anmeldeformular (Details finden Sie in der Preisliste und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen)

Personalien			
Name		Vorname	
Strasse		PLZ/ Ort	
Telefon		Mobile	
Geburtsdatum		Zivilstand	
Heimatort		Staatsangehörigkeit	
Schriftenort		Konfession	
Sozialversicherungsnummer		756.	
Eintrittsdatum		Eintrittszeit	
Eintritt von	☐ Zu Hause	☐ Spital/Klinik	☐ Anderes
Hatten Sie vor Eintritt Spitex	☐ Ja	☐ Nein	

Krankenkasse (Bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)	
Name	PLZ/ Ort
Mitglieder-Nr.	
Karten-Nr.	
Gültig bis Datum	

Hausärztin/-arzt	
Name	Vorname
Strasse	PLZ/ Ort
Telefon	E-Mail

Betreuung durch Heimarzt bei Langzeitaufenthalt.

Zusatzleistungen (optional, kostenpflichtig)

TV-Anschluss (nur bei Ferienaufenthalt) ☐ Ja ☐ Nein

Telefon-Anschluss (nur bei Ferienaufenthalt) ☐ Ja ☐ Nein

Zimmerschlüssel ☐ Ja ☐ Nein
Tresorschlüssel ☐ Ja ☐ Nein

Nachsendung von Post ☐ Wöchentlich
☐ 2x pro Monat
☐ 1x pro Monat

Finanzierung/ Verfügungen (falls Ja, bitte Kopie beilegen)

Ergänzungsleistung ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Nein

Hilflosenentschädigung ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Nein

IV-Bezüger/-in ☐ Ja ☐ Beantragt ☐ Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Patientenverfügung vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Wer unterschreibt den Vertrag ☐ Bewohner/in ☐ Vertreter/in
Name/Vorname

Kontaktperson Prio 1

Name Vorname

Strasse PLZ/ Ort

Telefon E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Zuständig für ☐ Finanzen ☐ Beistandschaft ☐ Medizinisches
☐ Rechnungsadresse (Ernennungsurkunde beilegen) ☐ Administration

Kontaktperson Prio 2

Name Vorname

Strasse PLZ/ Ort

Telefon E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Zuständig für ☐ Finanzen ☐ Beistandschaft ☐ Medizinisches
☐ Rechnungsadresse (Ernennungsurkunde beilegen) ☐ Administration

Kontaktperson Prio 3

Name Vorname

Strasse PLZ/ Ort

Telefon E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Zuständig für ☐ Finanzen ☐ Beistandschaft ☐ Medizinisches
☐ Rechnungsadresse (Ernennungsurkunde beilegen) ☐ Administration

Kontaktperson Prio 4

Name Vorname

Strasse PLZ/ Ort

Telefon E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Zuständig für ☐ Finanzen ☐ Beistandschaft ☐ Medizinisches
☐ Rechnungsadresse (Ernennungsurkunde beilegen) ☐ Administration

Ort, Datum

Unterschrift
 (Bei Urteilsunfähigkeit von Anmelder, gesetzlich vertretende Person)