

Anmeldeformular

HAUS IM SATTELBOGEN	<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Kurzzeit	<input type="checkbox"/> Zwei-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/> Ein-Bett-Zimmer
HAUS AM STÄDELI	<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Kurzzeit	<input type="checkbox"/> Zwei-Bett-Zimmer	X
Name / Vorname (inkl. ledig Name bei Frauen)				
Strasse				
PLZ, Ort				
Geburtsdatum				
Beruf				
Zivilstand				
Konfession				
AHV-Nummer				
Telefon / Mobile				
E-Mail				
Heimatort				
Letzter Wohnort (wo Schriften sind)				
Bezug von Ergänzungsleistung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ich habe eine Patientenverfügung (Kopie liegt bei)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich habe einen Vorsorgeauftrag (Kopie liegt bei)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich habe ein EPD eröffnet		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Krankenkasse (bitte unbedingt alle Felder ausfüllen)				
Name Krankenkasse				
Versichertennummer				
KK-Kartenummer				
Karte gültig bis				
Hausarzt				
Name, Vorname				
Strasse				
PLZ, Ort				
Telefon				
E-Mail				

Anmeldeformular

Bezugsperson bei Fragen unsererseits bezüglich des Bewohnenden	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Rechnungsempfänger	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Erhalt Rechnung per Mail	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Angehörige	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	
E-Mail	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Verwandtschaftsgrad	
Telefon / Mobile	

Anmeldeformular

E-Mail			
Informationen			
<p>Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Institutionsleitung, beim Arzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Institutionsleitung.</p> <p>Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern.</p> <p>Die betroffene Person bzw. die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen.</p> <p>Damit wir die Anmeldung EDV-technisch korrekt erfassen können, sind wir auf bestimmte Daten unbedingt angewiesen.</p> <p>Erforderliche Unterlagen (bei definitivem Heimeintritt)</p> <ul style="list-style-type: none">• Wohnsitzbestätigung der letzten Wohngemeinde vor Heimeintritt• Ärztlicher Bericht (Spital, Hausarzt), sofern vorhanden <p>Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen</p>			
Ort/Datum:		Unterschrift:	