

Formular Aufnahmege such

Eingang am: _____

Personalien

Name (auch lediger Name) _____

Vorname (Rufname unterstreichen) _____

Geburtsdatum Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____ Tel./Natel _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Heimatort _____ Kanton _____

AHV-Nr. (13-stellig) _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort _____

Schriften deponiert in _____ seit _____

Name Ehemann/Ehefrau _____

Rechnungsempfänger

Name _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Tel./Natel _____

Krankenkasse Grundversicherung

Name/Ort _____ Police-Nr. _____

Hausarzt

Name/Ort _____

Beziehen Sie eine AHV/IV-Rente?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, von welcher Ausgleichskasse?

Beziehen Sie Ergänzungsleistung (EL) zur AHV?

☐ ja

☐ nein

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung zur AHV oder IV?

☐ ja

☐ nein

Wünschen Sie

☐ ja, eigenen Telefonanschluss

☐ nein/eigenes Natel

☐ Eintrag ins Telefonbuch

☐ Internetanschluss

☐ Fernsehapparat

Name und Adressen von Angehörigen

_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
_____	Tel./Natel _____
E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____

Beilagen

Besitzen Sie eine?

☐ Patientenverfügung

☐ ja ☐ nein

☐ Vorsorgeauftrag

☐ ja ☐ nein

☐ Vollmacht

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen, Wünsche, Anregungen

Gewünschter Eintrittstermin

Ort und Datum

Der Gesuchsteller oder gesetzliche Vertreter

(Nichtzutreffendes streichen)

Anmeldung erfolgt

☐ vorsorglich

☐ notfallmässig

☐ definitiv

Aufenthalt

☐ Kurzzeit-/Ferienbett

☐ Langzeitpflege