

Anmeldeformular Warteliste

Anmeldung:	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> Dringend/ab wann? <input type="checkbox"/> Ferientaufenthalt
-------------------	--

Name:	
--------------	--

(bei Frauen auch lediger Familienname)

Vorname:	
-----------------	--

Strasse Nr. Aktueller Aufenthaltsort:	
--	--

Postleitzahl / Ort:	
----------------------------	--

Telefon-/Handy Nr.:	
----------------------------	--

Telefonische und schriftliche Kontaktaufnahme vor dem Eintritt soll mit folgender Kontaktperson erfolgen:	
	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> andere:

Name Vorname:	
----------------------	--

Strasse / Nr.:	
-----------------------	--

Postleitzahl / Ort:	
----------------------------	--

Telefon-/Handy-Nr.:	
----------------------------	--

Geburtsdatum:	
----------------------	--

Heimatort / Geburtsort:	
------------------------------------	--

Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig, <input type="checkbox"/> verheiratet, <input type="checkbox"/> geschieden, <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
--------------------	---

Konfession:	
--------------------	--

AHV-Nr:	
----------------	--

Krankenkasse Name:	
---------------------------	--

Mitglieder Nr:	
-----------------------	--

Hausarzt Name:	
-----------------------	--

Adresse/Tf:	
--------------------	--

Die zweite Seite – Vertragsvorbereitung wird bei einem Eintritt ausgefüllt

Vertragsvorbereitung

Zimmer Nr.	
------------	--

Abweichungen zum Anmeldeformular	
----------------------------------	--

Wäschebezeichnung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	verordn. Diät:	
Haustiere:			
Patientenverfügung:		Vorsorgevertrag:	
z.Z. benötigte Hilfen:			
z.Z. benötigte Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl Andere: 		
Demenzerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Physiotherapie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn vom Arzt verordnet)		

Rechtsvertretung - Zahlstelle (Vertragsbestandteil):

Vorname Name:	
Strasse, Nr, PLZ, Ort:	
Tf-Nr (P, G, Mob):	
E-Mailadresse:	

Weitere Kontaktpersonen → siehe FO Zuständigkeiten (Anhang zum Pensions- und Pflegevertrag)

Vermögenssituation:

AHV	<input type="checkbox"/>
BVG	<input type="checkbox"/>
Wohneigentum	<input type="checkbox"/>
Sparguthaben	<input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistung	<input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/>

Administratives:

Eintritt am:		Uhrzeit:	
Austritt am:		Uhrzeit:	
Haftpflichtversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Hausratversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Telefon im Zimmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
TV im Zimmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rechnung:	<input type="checkbox"/> LSV <input type="checkbox"/> EZ		
Depotgeld/ Sicherheiten	Fr. 5000.- bei Eintritt fällig		
Bemerkungen			

Datum:		Unterschrift:	
---------------	--	----------------------	--