

Eingang

Eintritt

Stockwerk

Zimmer

Kurzzeitaufenthalt

Langzeitaufenthalt

Aufnahmeformular

PERSONALIEN

Familienname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

Nationalität

Konfession

Zivilstand

AHV-Nr.

Wohnort

dort angemeldet seit

Adresse

Telefon-Nr.

gegenwärtiger Aufenthaltsort

ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE

1. Person / Gesetzlicher Vertreter

Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

2. Person

Familienname / Vorname

Adresse / Wohnort

Telefon-Nr.

Art des Bezugsverhältnisses

WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilflösenentschädigung?

JA

NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

JA

NEIN

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Mehrbettzimmer

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort)

Bemerkungen

UNTERSCHRIFT

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum _____

Unterschrift _____