



Anmeldung

Wohnform:

- Einzelzimmer Einzelzimmer Demenzabteilung
 Komfortzimmer Ferienbett

Gewünschtes Eintrittsdatum:

- dringlich vorsorglich ab: _____

Familienname _____ lediger Name _____
Vorname _____ Beruf _____
Geburtsdatum _____ Konfession _____
Zivilstand _____ neue AHV-Nr. _____
Heimatort _____

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse (Schriften):

Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Krankenkasse:

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____
PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____
Telefon _____

Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG):

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____
PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____
Telefon _____

Hausarzt:

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____
PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Zahnarzt:

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____
PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____



Rechnungsempfänger:

Rechnung an SeniorIn

JA

NEIN

Wenn nicht Selbstzahler, bitte ausfüllen:

Verwandtschaftsgrad _____

Beistand

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Tel. P. _____

Tel. G. _____

Natel _____

E-Mail _____

Nächste Angehörige:

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte...)

Erste Ansprechperson/Vertrauensperson:

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Tel. P. _____

Telefon Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Zweite Ansprechperson/Vertrauensperson:

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Tel. P. _____

Telefon Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Dritte Ansprechperson/Vertrauensperson:

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Tel. P. _____

Telefon Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____



ALTERSZENTRUM ST. BERNHARD

Mehr vom Leben

Weitere Angehörige / Bezugspersonen:

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Strasse/Nr. _____

Ort _____

Telefon Geschäft _____

E-Mail _____

Vorname _____

Postleitzahl _____

Tel. P. _____

Natel _____

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Strasse/Nr. _____

Ort _____

Telefon Geschäft _____

E-Mail _____

Vorname _____

Postleitzahl _____

Tel. P. _____

Natel _____

Der Anmeldung ist **zwingend** eine beidseitige Kopie des Personalausweises sowie eine beidseitige Kopie der Krankenkassenkarte beizulegen.

Vorsorgeauftrag:

JA

NEIN

Patientenverfügung:

JA

NEIN

Bestattungsverfügung:

JA

NEIN

Bemerkungen:

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort/Datum:

Unterschrift SeniorIn/Vertretung:
