



Anmeldeformular Pflegewohnheim Bärgmättli AG

Name (+ Ledigname) / Vorname

Geb. Datum

Zivilstand

Konfession

Nationalität / Heimatort

Aktuelle Adresse / Wohnadresse

.....

Telefon Nr. / Mobile Nr.

AHV-Nummer (SV) 13-stellig

definitiver Eintritt

Kurzzeitaufenthalt (siehe Taxordnung)

Gewünschter Eintrittstermin

Krankenkasse / Krankenversicherer (Kopie Krankenkassenkarte beilegen / Vor- und Rückseite)

Name / Versicherungsinstitution

Adresse

Policen-Nummer

Karten Nr. (20-stellig)

Hausarzt

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / E-mail

Rechnungsempfänger (Heimrechnung)

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / E-mail

Diverses

- Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV? ja nein
- Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung zur AHV oder IV? ja nein
- Haben Sie einen Vorsorgeauftrag / Patientenverfügung? ja nein
- Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluss? ja nein
- Wünsche Sie einen eigenen TV-Anschluss? ja nein
- Bringen Sie eigene Hilfsmittel mit (Rollstuhl, Rollator etc.)? ja nein

Pflegeabhängigkeit / Besa

In welchem Bereich benötigen Sie Unterstützung?

.....

Angehörige

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / Email

Bezugsart

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / Email

Bezugsart

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / Email

Bezugsart

Bemerkungen / Wünsche

.....

.....

Ort / Datum Unterschrift