

## 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**

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

**Dokumente**

Kopie Identitätskarte oder Reisepass vorhanden □ ja □ nein

Kopie Krankenkassenkarte vorhanden (Vor- und Rückseite) □ ja □ nein

Kopie Patientenverfügung vorhanden □ ja □ nein

Kopie Vorsorgeauftrag vorhanden □ ja □ nein

………………………………………………………………………………………………………….

**Angehörige**

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / E-Mail

Beziehung

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / E-Mail

Beziehung

Name / Vorname

Adresse / PLZ / Ort

Telefon / Handy / E-Mail

Beziehung

Bemerkungen / Wünsche

Ort / Datum Unterschrift