

Anmeldeformular

Um Ihnen den Eintritt bei uns im Alters- und Pflegeheim Schmiedhof so angenehm wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, alle Angaben sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

AHV-Nr.: _____ Konfession: _____

Heimatort/Kanton: _____ E-Mail: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Krankenkasse *Pflichtfeld* – Bitte legen sie eine Kopie der Krankenkassen-Karte bei

Name der Krankenkasse: _____ Police-Nr.: _____

Karten-Nr.: _____ Ablaufdatum: _____

Hausarzt *Pflichtfeld*

Name des Hausarztes: _____ Telefon: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Sind Vorkehrungen für eine allfällige Vertretung getroffen worden?

Patientenverfügung Ja Nein Vorsorgeauftrag Ja Nein

Beistandschaft Ja Nein Ergänzungsleistungen Ja Nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Wenn ja, bitte eine Kopie der vorhandenen Dokumente der Anmeldung beilegen.

Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ E-Mail: _____

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen vollständig und korrekt sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Alters- und Pflegeheim Schmiedhof meine Daten gemäss den Datenschutzbestimmungen verarbeitet.

Ort/Datum

Unterschrift Interessentin/Interessent
bei Urteilsunfähigkeit bitte Unterschrift der Vertretung