

Name, Vorname

Geschlecht weiblich männlich

Wohnadresse

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Mobil

Geburtsdatum

E-Mail

Zivilstand ledig verh. verw. gesch.

Konfession kath. ref. andere:

Heimatort (Bürgerort)

Beruf

Gesetzlicher Wohnort/Steuerort

Muttersprache

Krankenkasse

Krankenkasse-Mitgliedernr.

Ablaufdatum

20ig-stellige Krankenkassenkartennr.

AHV-Nummer

Spezielle Kostformen / Diäten:

1. Kontaktperson:

Name, Vorname.....

Adresse / PLZ

Telefon Privat..... Mobil.....

Telefon Geschäft E-Mail

Beziehungsgrad..... Erreichbarkeit Tag Nacht

Postverwaltung (eingehende Briefe werden nachgesendet) ja nein

Weitere Kontaktperson:

Name, Vorname.....

Adresse / PLZ

Telefon Privat..... Mobil.....

Telefon Geschäft E-Mail

Beziehungsgrad..... Erreichbarkeit Tag Nacht

Postverwaltung (eingehende Briefe werden nachgesendet) ja nein

Postverwaltung und Taschengeld:
Für die Regelung der Postverwaltung und die Taschengeldverwaltung melden sie sich bitte in der ersten Aufenthaltswoche am Empfang.

Verfügt die Bewohnerin/der Bewohner über eine **Patientenverfügung**? ja nein
Das Original oder eine Kopie der aktuellen Patientenverfügung der zuständigen Pflege abgeben.
Verfügt die Bewohnerin/der Bewohner über einen **Vorsorgeauftrag**? ja nein

Hausarzt:

Ärztezentrum Rosenthal, Rosenthalstrasse 2, 8636 Wald

Hausarzt (bitte unten ausfüllen)

Name, Vorname Arzt

Adresse

Telefon E-Mail

Weitere Ärzte:

Augenarzt Ohrenarzt Dermatologe Zahnarzt Andere:

Name, Vorname Arzt

Adresse

Telefon E-Mail

Augenarzt Ohrenarzt Dermatologe Zahnarzt Andere:

Name, Vorname Arzt

Adresse

Telefon E-Mail

Zwingend ausfüllen:

Bank- / Postkontoverbindungen:

Kontoinhaber:

Adresse:

IBAN-Nr.: CH.....

Name der Bank

Zwingend ausfüllen:

Rechnungsadresse für Heimrechnung:

Name, Vorname

Adresse

PLZ / Ort E-Mail

Rechnungen via Mail ja nein

Profitieren Sie von unserem Angebot: Mit dem Mailversand sparen Sie CHF 5.- pro Monat!

Rechnungen sind über LSV zu bezahlen. Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Gewünschter Eintritt: sofort Warteliste

Eintritt am:..... Abteilung:..... Zimmer:.....

Eintritt von:.....

Für die interne Doppelsicherheitskontrolle der Medikationsverwaltung sowie der Administrations benötigen wir ein **Passfoto, die Kopie Ihrer Identitätskarte und Krankenkassenkarte.**

Bitte die Unterlagen beilegen oder senden Sie es uns per Mail an:

pflgezentrumrosenthal@stiftungdreitannen.ch

Datum:

Unterschrift: