

Name und Vorname .....

Geschlecht weiblich  männlich

Wohnadresse .....

PLZ / Ort .....

Telefonnummer .....

Geburtsdatum .....

Zivilstand ledig  verh.  verw.  gesch.

Konfession kath.  ref.  andere: \_\_\_\_\_

Heimatort (Bürgerort) .....

Beruf .....

Gesetzlicher Wohnort/Steuerort .....

Muttersprache .....

Krankenkasse .....

Krankenkasse-Mitgliedernr. ....

20ig-stellige Krankenkassenkartennr. ....

AHV-Nummer .....

Spezielle Kostformen / Diäten: .....

**1. Kontaktperson:**

Name Vorname.....

Adresse.....

Telefon Privat..... Natel.....

Telefon Geschäft..... E-Mail .....

Beziehungsgrad..... Erreichbarkeit Tag  Nacht

**Postverwaltung (eingehende Briefe werden nachgesendet)**  ja  nein

**Weitere Kontaktperson:**

Name Vorname.....

Adresse.....

Telefon Privat..... Natel.....

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 ..... Telefon .....

Adresse .....

**Weitere Ärzte:**

Augenarzt  Ohrenarzt  Dermatologe  Zahnarzt  Andere: .....

Name des Arztes ..... Telefon .....

Adresse .....

Augenarzt  Ohrenarzt  Dermatologe  Zahnarzt  Andere: .....

Name des Arztes ..... Telefon .....

Adresse .....

**Zwingend ausfüllen:**

**Bank- / Postkontoverbindungen:**

Kontoinhaber: .....

Adresse: .....

IBAN-Nr.: CH

Name der Bank: .....

**Zwingend ausfüllen:**

**Rechnungsadresse für Heimrechnung:** .....

Adresse .....

PLZ / Ort .....

**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](mailto:pflgezentrumrosenthal@stiftungdreitannen.ch)**

Datum: .....

Unterschrift: .....