



Anmeldeformular

Seite 2 von 3

HAUSARZT

Name Strasse / Nr.
Vorname PLZ / Ort
Telefon Nr.

KRANKENKASSE

Gesellschaft
Strasse / Nr. Versicherten-Nr.
PLZ / Ort Karten-Nr.

Bitte eine Kopie der Versicherungskarte beilegen

FINANZIELLES

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe
(Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger)

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie

Name Strasse / Nr.
Vorname PLZ / Ort
Telefon Nr. Mobiltelefon

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Post / Korrespondenz an Bewohner

Bewohner abgeben

Rechnungsempfänger weiterleiten (Tarif gemäss Taxordnung)

Erhalten Sie eine Hilflofenentschädigung	ja	nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen	ja	nein
Haben Sie eine Patientenverfügung	ja	nein



Anmeldeformular

Seite 3 von 3

RECHTSSTATUS

- Selbstverantwortlich
- Gesetzliche Vertretung gemäss Erwachsenenschutzrecht Art. 378
- Vertretungsberechtigte Person per Patientenverfügung
- Vertretungsberechtigte Person per Vorsorgeauftrag
- Begleitbeistandschaft
- Vertretungsbeistandschaft
- Mitwirkungsbeistandschaft
- Umfassende Beistandschaft

BEMERKUNGEN

Ort und Datum

Unterschrift Bewohner / Bewohnerin

Ort und Datum

Unterschrift Vertreter bzw. Rechnungsempfänger

Mit der Unterschrift wird der freiwillige Eintritt ins Pflegezentrum bestätigt und erklärt sich mit der Taxordnung und Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Der Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt ins Pflegezentrum ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.