

Zusatzinformationen vor dem Eintritt
Bitte dieses Formular vollständig und gut lesbar ausfüllen

Personalien

Name: Vorname:
 Bürgerort: Zivilstand: Geb. Datum:
 Schriften hinterlegt:
 Konfession: AHV Nr.:
 Adresse (bisherige):
 Tel. Nummer:
 Eintritt von wo?

Kontaktpersonen / Angehörige

Adresse 1: Beziehungsgrad: Tel. Nr.: Natel: E-Mail:
Adresse 2: Beziehungsgrad: Tel. Nr.: Natel: E-Mail:
Adresse 3: Beziehungsgrad: Tel. Nr.: Natel: E-Mail:

Beistand: Ja ☐ Nein ☐ Name / Adresse:

Hausarzt:

Patientenverfügung vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

Sonstiges

Krankenkasse: Mitglieder-Nr.

Bitte eine Kopie der Krankenversicherungskarte und der ID beilegen.

Mobiliarversicherung:

Haftpflichtversicherung:

Zahlungsart: LSV Ja ☐ Nein ☐

Ergänzungsleistungen: Ja ☐ Nein ☐

Rechnungen an: Tel. Nr.:

BewohnerInnen bekannt: