

Eintritt _____

Zimmer _____

CHF _____

(wird durch die
Buchegg ausgefüllt)

Anmeldung

Name _____

Vorname(n) _____

Adresse, PLZ, Wohnort, _____

Telefon Privat / Natel _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Heimatort / Staat _____ Beruf _____

Zivilstand _____ Konfession _____

aktueller Hausarzt _____

Krankenkasse - Name _____ Mitgliedernr. _____

Krankenkasse - Adresse _____

Haftpflichtvers. – obligatorisch _____ Policenr. _____

Haftpflichtvers. Adresse _____

Hausratvers. - fakultativ _____ Policenr. _____

Hausratvers. - Adresse _____

AHV - Nummer 756. _____

Angehörige, Vertrauensperson, Beistand:

Pers.	Name, Vorname	Art	Adresse	Telefon, Natel, Mail
1. Bezugs- person				
2. Bezugs- person				
3. Bezugs- person				
4. Bezugs- person				

Patientenverfügung vorhanden __ JA __ NEIN Vorsorgeauftrag vorhanden __ JA __ NEIN

Bemerkungen zu
Wünschen und Gewohn-
heiten des täglichen
Lebens
(fakultative Angabe)

Bemerkungen zum
Gesundheitszustand
(fakultative Angabe)

Bemerkungen

Finanzielle Verhältnisse

Bitte legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie Ihrer
definitiven Steuerveranlagung bei.

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung, die definitive Aufnahme erfolgt mit einem Bewohnervertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Heimleitung.

Ort und Datum

Unterschrift
(evtl. Unterschrift des/der
gesetzlichen Vertreters/In)
