

PFLEGE IM IBENMOOS

Anmeldeformular Pflege im Ibenmoos

Aufenthaltsdauer:

- Langzeit
- Kurzzeit / Ferien

- Die Anmeldung erfolgt vorsorglich (Warteliste).

Eintritt gewünscht per _____ Austritt (Kurzzeit) per _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Konfession: _____ Heimatort: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Angemeldet in: _____ AHV-Nr.: _____

Telefon: _____ Email: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter / Vormund / Beistand?

- ja nein

Angehörige oder gesetzlicher Vertreter

1. Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Bezug zu Bewohner/in: _____

2. Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Bezug zu Bewohner/in: _____

3. Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Bezug zu Bewohner/in: _____

PFLEGE IM IBENMOOS

Behandelnder Arzt

Name: _____

Adresse: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Ort: _____ Mitglieder-Nr: _____

Rechnungsadresse

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

ja nein

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?

ja nein

Für die Bewohnenden ist eine Privathaftpflichtversicherung obligatorisch. Wünschen Sie die Privathaftpflichtversicherung über das Ibenmoos abzuschliessen?

ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?

ja nein

Wünschen Sie ein Telefon im Zimmer?

ja nein

Haben Sie Diätkost, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder sonstige Allergien?

ja nein

Welche? _____

Ort und Datum

Unterschrift
