

# Einbettzimmer

vorsorglich

dringend

Name _____	AHV-Nummer _____
Vorname _____	Krankenkasse _____
Adresse _____	Vers. Nummer _____
PLZ _____	lange Vers.Nr. _____
Ort _____	_____
Telefon _____	Adresse _____
Geburtsdatum _____	Ort _____
Zivilstand _____	Zusatzvers. _____
Konfession _____	Adresse _____
Heimatort _____	PLZ, Ort _____

## Aktueller Aufenthaltsort

- Zuhause                       Übergangspflege  
 Spital                             bei Angehörigen

## Pflegebedürftigkeit

waschen / kleiden	essen / trinken	sich bewegen	Orientierung

## Gewünschte ärztliche Betreuung

Heimärztin / Heimarzt  
Hausärztin / Hausarzt

Dr. Ruth Cavigelli, Alpenstr. 53

3627 Heimberg

---

## Beanspruchte Sozialleistungen / Pensionsleistungen (bitte ankreuzen)

AHV  IV  Ergänzungsleistung  Hilflosenentschädigung  Pensionskasse

## Angaben Bezugsperson oder Angehörigen

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

## Rechnungsempfänger / Beistand

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift

---

Die angemeldete Person oder deren Beistand bestätigt die Richtigkeit der Angaben und akzeptiert die allgemeinen Bedingungen und Tarife des „Einbettzimmer“. Bitte eine Kopie vom Familienbüchlein und der Niederlassungsbewilligung beilegen.