

Einbettzimmer

- vorsorglich bitte nicht benachrichtigen, melde mich selber
 dringend bitte _____ benachrichtigen,
sobald ein Einbettzimmer frei ist

Meine Angaben

Name _____	Zivilstand _____
Vorname _____	Heimatort _____
Adresse _____	AHV-Nummer _____
PLZ _____	Krankenkasse _____
Ort _____	Vers. Nummer _____
Telefon _____	Karten Nummer _____
Geburtsdatum _____	Zusatzvers. _____

Patientenverfügung

- Ja Nein

Anmeldung für segregativer Wohnbereich?

(Für Menschen mit kognitiven Veränderungen, wie z.B. Demenz)

- Ja Nein

Aktueller Aufenthaltsort

- Zuhause Übergangspflege
 Spital bei Angehörigen

Gewünschte ärztliche Betreuung

- Heimgärtin Dr. med. Sima Dadelahi, geriamed AG
 Hausärztin / Hausarzt _____

Beanspruchte Sozialleistungen / Pensionsleistungen

- AHV IV Ergänzungsleistung Hilflosenentschädigung Pensionskasse

Angaben Bezugsperson oder Angehörigen

Beziehung _____
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Mobile _____
Email _____

Beziehung _____
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Mobile _____
Email _____

Rechnungsempfänger / Beistand

Beziehung _____
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Mobile _____
Email _____

Beziehung _____
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ _____
Ort _____
Telefon _____
Mobile _____
Email _____

Ort

Datum

Unterschrift

Die angemeldete Person oder deren Beistand bestätigt die Richtigkeit der Angaben und akzeptiert die allgemeinen Bedingungen und Tarife der „Einbettzimmer“. Ebenfalls erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten bei der Alterszentrum Heimberg AG bis auf Widerruf hinterlegt werden.