



SENIORENHOF
PFLEGT LÄBE IM DORF IFFWIL



SENIORENHUUS
PFLEGT LÄBE AM MOOSSEE

Anmeldung Seniorenhof Iffwil & Seniorenhuus Moossee

Personalien

Name & Vorname _____
Lediger Name _____
Adresse _____
PLZ & Ort _____
Telefon _____
Natel _____
E-Mail _____
Geburtsdatum _____
Heimatort _____
Beruf _____
AHV Nummer _____
Zivilstand _____
Konfession _____
Haftpflichtvers.+ Mitgliedernr. _____
Krankenkasse + Versicherungsnr. _____

Kontaktadresse Angehörige/Vertrauensperson 1. Priorität

Name & Vorname _____
Adresse _____
PLZ & Ort _____
Telefon _____
Natel _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

2.Priorität

Name & Vorname _____
Adresse _____
Ort _____
Telefon _____
Natel _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____



SENIORENHOF
PFLEGT LÄBE IM DORF IFFWIL



SENIORENHUUS
PFLEGT LÄBE AM MOOSSEE

Zustellung der Rechnung an:

Bewohner Angehörige/r Priorität 1 Angehörige/r Priorität 2 Beistand

Hausarzt

Name & Vorname _____

Adresse & Ort _____

Telefon _____

Wünschen Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt betreut zu werden? Ja Wechsel zum Heimarzt

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja Nein

Beistandschaft vorhanden Ja Nein

Kontaktadresse Beistand: _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen Ja Nein

Werden Sie Ergänzungsleistungen beantragen Ja Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung Ja Nein

Eintrittsgrund

BewohnerIn Pflegezimmer Wohnung Feriengast

Dringlichkeit

dringend ab sofort vorsorglich

Bemerkungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und gebe mein Einverständnis dazu, dass – sofern notwendig -zusätzliche Auskünfte beim Hausarzt und beteiligten Institutionen eingeholt werden können.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Beilagen: Kopie Krankenkassenkarte, Kopie Familienbüchlein, Kopie Patientenverfügung