

1.3 Anmeldung

Eingang:

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Wohnort _____

Gesetzlicher Wohnort
(Steuerdomizil) _____ Heimatort _____

Geburtsdatum _____ Telefon-Nr. _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

AHV-Nr. _____ **Bitte Kopie der Versicherungskarte beilegen.**

Kontaktperson

Ehegatte Sohn Tochter _____

Name/Vorname _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____

Mailadresse _____

Ergänzungsleistungen zur AHV und Hilflosenentschädigung

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV? Ja Nein

Wenn ja, von welcher Kasse? _____

Seit wann beziehen Sie die Leistung? _____

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Höhe der Leistung: mittleren Grades schweren Grades

Seit wann beziehen Sie die Leistung? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag? Ja Nein

Besteht eine Anordnung im Todesfall? Ja Nein

Gesetzlicher Vertreter und Vermögensverwaltung

Ist ein gesetzlicher Vertreter bestimmt? ja nein

Wenn ja, Name / Adresse / Tel.-Nr.

Rechnungsstellung an:

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. _____

Hausarzt

Hausarzt _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____

Gesundheitszustand

Brauchen Sie Hilfe um sich fortzubewegen Ja Nein

Sind Sie beim An- und Auskleiden auf Hilfe angewiesen Ja Nein

Benötigen Sie Hilfe beim Essen Ja Nein

Brauchen Sie Diätkost Ja Nein

Bemerkungen _____

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der aufgeführten Angaben und ermächtigt das Kurhaus Seeblick, nach Bedarf beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ort / Datum

Unterschrift