Alterszentrum
Am Hungeligraben
Niederlenz

Anmeldeformular

PERSONALIEN

Familienname _____ Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____ _____

Nationalität _____ Konfession _____

Zivilstand _____ SVA-Nr. (wichtig) 756._____

Wohnort _____ dort angemeldet seit _____

Adresse _____ Telefon-Nr. _____

Heimatorte / PLZ / Ort _____ Geburtsort / PLZ / Ort _____

ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)
(bitte Kopie bei Eintritt mitbringen)

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)
(bitte Kopie beilegen)

Zahnarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)
(bitte Zahnarztunterlagen bei Eintritt mitbringen)

Alterszentrum Am Hungeligraben
Hungeligrabenstrasse 11
5702 Niederlenz
Telefon: 062 886 35 35
Telefax: 062 886 35 30
E-Mail: info@hungeligraben.ch
Web: www.hungeligraben.ch

KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE

1. Person / Gesetzlicher Vertreter	**2. Person**
Familienname / Vorname	Familienname / Vorname
Adresse / Wohnort	Adresse / Wohnort
Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Email Adresse	Email Adresse
Art des Bezugsverhältnisses	Art des Bezugsverhältnisses

WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung? ☐ JA ☐ NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? ☐ JA ☐ NEIN

Ich habe eine Patientenverfügung (dringend empfohlen) ☐ JA ☐ NEIN
(bei Eintritt bitte mitnehmen)

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort)

Bemerkungen

UNTERSCHRIFT

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohnenden abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum _____ Unterschrift _____