

Anmeldeformular Hermolingen

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Letzte Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____

Geb. Datum: _____ Zivilstand: _____

Heimatort: _____ Gesetzlicher Wohnsitz: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Natel Nr.: _____

Patientenverfügung: ja nein

Langzeitaufenthalt Kurzaufenthalt (Ferien)

gewünschter Eintritt: _____

Rechnung: an Bewohner an Beistandsperson

Rechnungsadresse / Beistandsperson

Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Telefon: _____ Natel Nr.: _____

E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Funktion

- Begleitbeistandschaft (ZGB Art. 393) Vertretungsbeistandschaft (ZGB Art. 394)
- Vermögensverwaltung (ZGB Art. 395) Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB Art. 396)
- Umfassende Beistandschaft (ZGB Art. 398) Andere: _____

Anmeldeformular Hermolingen

Versicherungen

Krankenkasse: _____ KK-Nr.: _____

Sozialversicherung Nr.: 756. _____

AHV-Bezüger: Ja Nein

IV-Bezüger: Ja Nein

Ergänzungsleistungen: Ja Nein beantragt

Hilflosenentschädigung: Ja Nein beantragt

Medizinische Angaben

Hausarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Zahnarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Augenarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Weiter Adressen

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Anmeldeformular Hermolingen

Bezugspersonen

Primäre Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Weitere Bezugspersonen

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Vollmacht

Heimleitung, Betreuung sowie Ärzte/innen werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Haus & Hof Hermolingen

Stationsstrasse 40
6023 Rothenburg
Tel. 041 280 16 33
info@hermolingen.ch
www.hermolingen.ch