



Aufnahmegesuch

SENIOREN ZENTRUM VOGELSANG Grabenstrasse 10 , 8253 Diessenhofen, Tel: 052 / 657 38 28

<u>Name und Vorname</u>	_____		
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____
Konfession	_____	Zivilstand	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Muttersprache	_____	Heimatort	_____

AHV-Nummer _____

Krankenkasse
(Grundversicherung) _____

Versicherungsnummer
(siehe Police) _____

Versicherungskartennummer _____

Evt. 2. Kasse
(Zusatzversicherung) _____

Versicherungsnummer
(siehe Police) _____

Allgemein Versichert Halbprivat Versichert Privat Versichert

Bei Eintritt ist eine Kopie der Krankenkassenpolicen sowie der Versicherungskarte abzugeben.

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? Ja Nein

Liegt ein Vorsorgeauftrag vor? Ja Nein

Hausarzt/Hausärztin

(Adresse)

Andere Ärzte

Beistand/Beiständin

 Ja Nein

Name und Adresse

Aufenthaltort vor dem Eintritt Privat Akutspital Anderes Heim Unterstützung SpitexRechnungsempfänger/in

Telefon Privat

Name und Vorname

Mobile

Strasse

PLZ/Ort

E-Mail

Angehörige Person 1/Verwandtschaftsgrad

Telefon Privat

Name und Vorname

Mobile

Strasse

PLZ/Ort

E-Mail

Angehörige Person 2/Verwandtschaftsgrad

Telefon Privat

Name und Vorname

Mobile

Strasse

PLZ/Ort

E-Mail

Im Todesfall werden formale und finanzielle Angelegenheiten geregelt durch: (Name und Adresse)

Bemerkungen / Wünsche

Wir erlauben uns bei kurzfristiger Absage Aufwendungen und entgangene Erträge in Rechnung zu stellen.

 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Anmeldeformular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift

