

Anmeldung Eintritt Alters- und Pflegeheim Ybrig

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Wohnhaft seit: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ seit: _____ Konfession: röm.-kath. reform. andere

Beruf: _____ AHV-Nr.: 756.

Krankenkasse / Agentur

Name: _____

PLZ/Ort: _____ Versichertennummer: _____

Hausarzt

Name: _____ Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt Wohnadresse Spital/Klinik

Gesetzliche Vertretung Bevollmächtigter Vertreter (Angehöriger, etc.) Behördliche Vertretung (Beistand)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____ E-Mail: _____

Angehörige/Bekannte

1. Bezugsperson Ehepartner Sohn/Tochter Grosskind Neffe/Nichte Andere:.....

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

2. Bezugsperson Ehepartner Sohn/Tochter Grosskind Neffe/Nichte Andere:.....

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

3. Bezugsperson Ehepartner Sohn/Tochter Grosskind Neffe/Nichte Andere:.....

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

Empfänger der Heimrechnung

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Eintrittstermin

- Dringend: Wir rufen Sie an, sobald ein Zimmer zur Verfügung steht.
 Vorsorglich: Sie melden sich bei uns, sobald der Eintritt aktuell ist.

Bitte nehmen Sie beim Eintritt Ihre **Krankenkassenkarte** mit.

Diagnose:

Bemerkungen

Ort, Datum: Unterschrift:

(des Bewerbers oder gesetzlichen Vertreters)