

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 ☐ Nefte/Nichte ☐ Andere:.....

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

2. Bezugsperson

☐ Ehepartner ☐ Sohn/Tochter ☐ Grosskind ☐ Nefte/Nichte ☐ Andere:.....

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

3. Bezugsperson

☐ Ehepartner ☐ Sohn/Tochter ☐ Grosskind ☐ Nefte/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)