

Anmeldeformular

- Anmeldung für **Warteliste**
 Anmeldung für **Dringlichkeitsliste**

- Anmeldung für **Ferienzimmer**
 von _____ bis _____

PERSONALIEN

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Vorname: _____ Zivilstand: _____
 Strasse: _____ Heimatort: _____
 Wohnort: _____ Konfession: _____
 Schriften deponiert in: _____ (Wohnsitz)
 Telefon Nr.: _____ AHV-Nr.: _____

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSON

1. Bezugsperson

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat: _____
 Handy-Nr.: _____
 E-Mail: _____
 Verwandtschaftsgrad: _____

2. Bezugsperson

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat: _____
 Handy-Nr.: _____
 E-Mail: _____
 Verwandtschaftsgrad: _____

3. Bezugsperson

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat: _____
 Handy-Nr.: _____
 Verwandtschaftsgrad: _____

4. Bezugsperson

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse/Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat: _____
 Handy-Nr.: _____
 Verwandtschaftsgrad: _____

HAUSARZT UND KRANKENKASSE

Hausarzt Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Tel. Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon Nr.: _____ Vers.Nr.: _____

Art der Versicherung: Allgemein ganze CH Allgemein nur Wohnkanton
 Halbprivat Privat

FINANZIELLES

- Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe.
(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
- Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson:
(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Handy-Nr.: _____
Bezug zu Bewerber: _____

Erhalten Sie Hilfenentschädigung? ja nein
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ja nein
Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein
Haben Sie eine Beistandschaft? ja nein

PERSÖNLICHE WÜNSCHE

Ihr Wunschtermin für den Eintritt: _____

Wünschen Sie einen Telefonanschluss? ja nein

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Haus Pilatus Standard-Zimmer mit Lavabo/WC ja
 Zimmer gross mit Dusche ja

Haus Rigi	Appartement für 2 Personen	<input type="radio"/> ja
	Appartement für 1 Person	<input type="radio"/> ja
	Standard-Zimmer mit Dusche	<input type="radio"/> ja
	Zimmer gross mit Dusche	<input type="radio"/> ja
	Zimmer klein mit Dusche	<input type="radio"/> ja

Bemerkungen: _____

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der aufgeführten Angaben und ermächtigt das Pflegezentrum Seematt, nach Bedarf beim Hausarzt sowie Spitälern medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet Auskunft gebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, Änderungen der Adresse, der Dringlichkeit des Eintrittes, des Hausarztes oder der verantwortlichen Kontaktperson dem Geschäftsführer oder dem Sekretariat (Telefon 041 854 24 24) mitzuteilen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____

Für internen Gebrauch:

Eingangsdatum: _____

Visum: _____

Bemerkungen: _____

