

Anmeldeformular

Ferienbett

Definitiv

dringend

vorsorglich

Anmeldung für: Pflegezentrum Schwarzenburg Alterszentrum Rüschegg alle Standorte
 Alters- und Begegnungszentrum Riffenmatt

Name
(bei Frauen auch Mädchenname)

Vorname

Adresse

PLZ /Ort

Geb. Datum

AHV-Nr. 756. ____ . ____ . ____

Tel. Nr.

EL-Bezüger

JA

Nein

Schriftenort

Zivilstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Heimatort

Geburtsort

Patientenverfügung vorhanden

JA (bitte Kopie beilegen)

Nein

Krankenkasse KVG (bitte Kopie Krankenkassenkarte beilegen)

Name

Vers. Nr.

Kartennummer 807560 _____

Hausarzt (bei Einzug)

Name Vorname

Str.

E-Mail-Praxis

Praxisname

PLZ /Ort

Tel. Praxis

1. Bezugsperson

Name Vorname

Tel. / Mobile

Str.

E-Mail

PLZ/Ort

*Beziehung

2. Bezugsperson

Name Vorname

Tel. / Mobile

Str.

E-Mail

PLZ/Ort

*Beziehung

Rechnungsadresse

wie 1. Bezugsperson

wie 2. Bezugsperson

Name Vorname

Tel. / Mobile

Str.

E-Mail

PLZ/Ort

*Beziehung

Allfällige gesetzliche Vertretung (ggf. Ernennungsurkunde beilegen)

Name Vorname

Tel. / Mobile

Str.

E-Mail

PLZ / Ort

Falls Vorsorgeauftrag vorhanden bitte Kopie beilegen

*Ehepartner/in, Tochter, Sohn, Schwester, Bruder, Bekannter u.s.w.