

Anmeldung

- Pflegezentrum Schwarzenburg Alterszentrum Rüschegg
 Alters- und Begegnungszentrum Riffenmatt alle Standorte

- Ferienbett Stationärer Eintritt

Datum: __.__.____ bis __.__.____

Familienname	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Heimatort (Kanton)	_____
Konfession	_____	Schriftenort	_____
AHV-Nr.	_____	Zivilstand	_____
Strasse	_____	Telefon-Nr.	_____
PLZ / Ort	_____		

Angehörige, Bezugspersonen (Name, Adresse, Telefonnummer)
gesetzliche Vertretung
Hausarzt

Krankenkasse	Mitglieds-Nr.
---------------------	----------------------

Bezieht	<input type="checkbox"/> AHV-Rente	<input type="checkbox"/> IV-Rente	<input type="checkbox"/> EL	<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung
----------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---

Vorsorgeauftrag vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Beistandschaft vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Kopie beilegen

Eintritt	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringlich mit Arztzeugnis (Kontaktaufnahme innert 3 Werktagen)
-----------------	--------------------------------------	--

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben:

Ort / Datum	Unterschrift (ggf. durch gesetzliche Vertretung)