

Anmeldeformular

Zimmer-Nr. _____

Ferienbett Eintritt: _____ Austritt: _____
 Definitiv **vorsorglich** **dringend**

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

Name und Vorname:
(bei Frauen auch Mädchenname)

Geburtsdatum: **AHV-Nr.:**

zuständige Ausgleichskasse:

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Zuletzt ausgeübter Beruf: **Hausarzt:**

Konfession: **Schriftenort:**

Gemeindeort: **Heimatort:** **Geburtsort:**

Adresse: **Tel.:**

Wo hält sich die Person zurzeit auf?

Adresse: **Tel.:**

Allfälliger gesetzlicher Vertreter:

Bezieht die Person bereits Hilfloßenentschädigung? ja nein
Wenn ja, welchen Grad? mittel schwer

Name der Angehörigen, die sich speziell um die Person kümmern (Name, Adresse, Telefon):
.....

Name Krankenkasse und Versicherten Nr.
.....
(Bitte Kopien der Versicherungskarte beilegen)

Person oder Institution, an welche die Pflegerechnungen zu senden sind und die gegenüber dem Gemeindeverband Pflege und Betreuung Schwarzenburgerland persönlich für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist (Name, Adresse, Telefon):.....

Bemerkungen:.....

Personen und/oder Angehörige bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen.
Ort und Datum: Unterschrift:

Bei dringendem Aufnahmegesuch ist ein Arztzeugnis erforderlich.

Zusatz zum Anmeldeformular: Der Rechnungsadressat, soweit nicht identisch mit dem Bewohner, bestätigt, sich persönlich zur termingerechten Bezahlung der Pflegerechnungen zu verpflichten:

Ort und Datum: Unterschrift: