

Anmeldung

Name _____

Vorname _____ Ledigname _____

Heimatort _____ Geb.-Datum _____

Nationalität _____ Zivilstand _____

Konfession _____ Spitex ja nein

AHV-Nr. _____

Aktuelle Adresse _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz _____ Kanton _____

Covidimpfung erfolgt ja nein

(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

Booster-Impfung erfolgt ja nein

(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

Krankenversicherung _____ Mitgl.-Nr./Police-Nr. _____
Kartenummer 80756 _ _ _ _ _

(Kopie Krankenversicherten-Karte Vorder- und Rückseite beilegen)

Hausarztmodell ja nein

Hausärztin/
Hausarzt _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgeauftrag ja nein

Beistandschaft ja nein

Eine Kopie des jeweiligen Dokuments ist der Anmeldung beizulegen.

Adresse Vertreterin/Vertreter (Bezugsperson 1)

Primäre Ansprechperson für persönliche und medizinische Belange, so namentlich für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung. Die Vertreterin/der Vertreter (Bezugsperson 1) erhält regelmässig Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angebote für Angehörige.

Name _____

Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____

E-Mail _____

Adresse Bezugsperson 2

Sekundäre Ansprechperson für alltägliche Belange. Sie erhält regelmässige Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angehörigen Angebote – sofern gewünscht.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail _____

Wünscht regelmässige Informationen der Sonnweid zu erhalten ja nein

Weitere Kontaktpersonen

Gerne können auch weitere Bezugspersonen angegeben werden.

Rechnungsempfängerin/Rechnungsempfänger

Ansprechperson für finanzielle und damit zusammenhängende, administrative Belange. Die Rechnungsempfängerin/der Rechnungsempfänger erhält Heimrechnungen und die Abrechnung der ärztlichen Leistungen.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail _____

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Liegt keine Patientenverfügung, kein Vorsorgesauftrag und keine Beistandschaft vor, ist die vertretungsberechtigte Person vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt:

1. Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner, 2. Lebenspartnerin/Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister.

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben.

Name _____ Vorname _____
Ort, Datum _____ Unterschrift _____