

Definitive Anmeldung – Personalienblatt Bewohner/in

Wir bitten Sie, das Personalienblatt 24h vor Eintritt ausgefüllt in der Administration abzugeben!

Details entnehmen Sie bitte unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Personalien:

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefonnr.:		Natel:	
Geb. Datum:		Geburtsort:	
Heimatort:		Zivilstand:	
Schriftenort:		Konfession:	
Sozialversicherungsnummer: (ehem. AHV-Nr.)			
Abgeben:	Familienbüchlein? <input type="checkbox"/>	Oder	Niederlassungsausweis? <input type="checkbox"/>

Eintrittsangaben:

Eintrittsdatum:		Eintrittszeit:	
Definitiv	<input type="checkbox"/>	Ferien	<input type="checkbox"/>
Eintritt von : Zu Hause <input type="checkbox"/> Spital/Klinik <input type="checkbox"/> Anders: <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie vor Eintritt Spitex? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

Wichtige Adressen:

Krankenkasse			
Name:		Strasse:	
PLZ/Ort:		Mitglieder. Nr.:	

Arzt			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefonnr.:			
Wollen Sie zu unserer Heimarztpraxis Medaxo Praxen AG, Graffenriedstrasse 1, 3074 Muri bei Bern wechseln? (bitte unten ankreuzen):			
<input type="checkbox"/>	Hausarzt behalten	<input type="checkbox"/>	Zum Heimarzt wechseln

Zahnarzt / Dentalhygieniker			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	

Wollen Sie zu unserem Hauszahnarzt /Dentalhygieniker Praxis Jäggi und Scheidegger, Unterdorfstrasse 1, 3612 Steffisburg wechseln? (bitte unten ankreuzen):			
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt behalten	<input type="checkbox"/>	Zum Hauszahnarzt wechseln

Angehörige/Freunde:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:		Verwandtschaftsgrad:	
E-Mail:			
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:		Verwandtschaftsgrad:	
E-Mail:			

Wer unterschreibt den Vertrag:			
<input type="checkbox"/>	Bewohner	<input type="checkbox"/>	Vertreter:

Rechnungsempfänger für die Heimrechnung:			
--	--	--	--

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon P:		Telefon G:	
Handy:			

Wer erhält die Post, Rechnungen, Werbung etc.:			
<input type="checkbox"/>	Bewohner	<input type="checkbox"/>	Vertreter:
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Rechnungsempfänger

<input type="checkbox"/>	Beistandschaft?	<input type="checkbox"/>	Vorsorgeauftrag?
Name:		Vorname:	
Institution:		Strasse:	
PLZ/Ort:		Telefon:	

Wichtige Fragen (bitte zutreffendes ankreuzen):	
---	--

Wäsche beschriften lassen?	
<input type="checkbox"/> Ja, CHF 0.50 /Stk.	<input type="checkbox"/> Nein, wir haben dies selber organisiert. Beim Verlust der nicht beschrifteten Wäsche haftet das Pflegeheim nicht .
Telefon im Zimmer (CHF 35.00 p/M)	
<input type="checkbox"/> Ja, bitte installieren	<input type="checkbox"/> Nein, kein Telefon
TV-Anschluss (CHF 60.00 p/M)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kombi Telefon und TV (CHF 75.00)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diverses (bitte nur wenn Antwort „JA“ zutrifft ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Erhalten Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Wenn ja, seit wann:
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden? Wenn ja, wo:	
<input type="checkbox"/> Coiffeur gewünscht?	Wie oft?
<input type="checkbox"/> Podologie gewünscht?	Wie oft?

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____