

Anmeldung:	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringend		
Name:		Vorname:	
(bei Frauen auch Familienname als ledig)			
Aktuelle Adresse:			
Telefonnummer(n):	Festnetz:	Mobile:	
Geburtsdatum:		AHV-Nummer:	756.
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit:		
Beruf:		Konfession:	
Wohnsitzgemeinde:		Heimatort:	
Name/Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten: (auch als ledig)			
Hausarzt:	Name, Adresse, Tel. Nr.		
Nächste Bezugspersonen:			
1. Bezugsperson	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
2. Bezugsperson	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
3. Bezugsperson	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
Allfälliger gesetzlicher Vertreter:	Name, Adresse, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
Kontaktperson / Korrespondenzadresse / Rechnungsadresse:	Name, Adresse, Tel. Nr., E-Mail		

Krankenkasse / Mitgliednummer: Agentur, Adresse, Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen

Haftpflichtversicherung / Policen-Nummer: Adresse

Benötigte Hilfsmittel vom Wiborada:

Rollator Ja Nein

Rollstuhl Ja Nein

Andere Hilfsmittel:

Es besteht die Möglichkeit, Rechnungen per Lastschriftverfahren zu begleichen.

Möchten Sie dies nutzen?

Ja Nein

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

Ja Nein

Bemerkungen:

Wichtige Informationen:

Sämtliche Kleidungsstücke werden im Wohn- und Pflegezentrum Wiborada persönlich gekennzeichnet. Die Kennzeichnung wird gemäss Taxordnung verrechnet. Wir danken für die Abgabe der persönlichen Kleider, wenn möglich vor dem Eintritt.

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Geschäftsleitung, beim Arzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäftsleitung.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern.

Die betroffene Person bzw. die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen:

Datum:

Unterschrift: