Stockberg
Wohn- und Pflegezentrum

Anmeldung Pflegezentrum

PERSONALIEN

Name/lediger Name

Vorname | Geburtsdatum

Strasse/Nr. | Zivilstand

PLZ/Ort | Konfession

Telefon | Heimatort

AHV-Nr. 756. | Nationalität

E-Mail

In welcher Gemeinde sind Sie steuerpflichtig?

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

Name | Telefon

Vorname | Mobil

Strasse/Nr. | E-Mail

PLZ/Ort | Beziehungsgrad

2. Bezugsperson

Name | Telefon

Vorname | Mobil

Strasse/Nr. | E-Mail

PLZ/Ort | Beziehungsgrad

3. Bezugsperson

Name | Telefon

Vorname | Mobil

Strasse/Nr. | E-Mail

PLZ/Ort | Beziehungsgrad

RECHNUNGSSTELLUNG

☐ Bewohner:in Bezugsperson ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ an untenstehende Adresse

Name | Telefon

Vorname | Mobil

Strasse/Nr. | E-Mail

PLZ/Ort | Beziehungsgrad

Wohn- und Pflegezentrum Stockberg
Stockbergstrasse 9 • CH-8854 Siebnen
T 055 450 31 00 • info@pflege-siebnen.ch

Stockberg
Wohn- und Pflegezentrum

Anmeldung Pflegezentrum

VERSICHERUNGEN

Krankenkasse

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Karten-Nr. 807 Versichertennummer

Privat-Haftpflichtversicherung
Es ist Sache der Bewohnerin, des Bewohners, eine Privat-Haftpflichtversicherung abzuschliessen, um bei ungewollten Schäden an Personen oder Sachen, die Ansprüche Dritter zu decken.

HAUSARZT

Name Strasse/Nr.

Vorname PLZ/Ort

Telefon

Macht Ihr Hausarzt Hausbesuche im Wohn- und Pflegezentrum? ☐ Ja ☐ Nein

ADMINISTRATIVE FRAGEN

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	☐ Ja	☐ Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	☐ Ja	☐ Nein
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	☐ Ja	☐ Nein
Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie einen Beistand?	☐ Ja	☐ Nein

Name/Adresse Beistand:

Wünschen Sie	einen Telefonanschluss	☐ Ja	☐ Nein
	einen eigenen Briefkasten	☐ Ja	☐ Nein
	einen Zimmerschlüssel (Badge)	☐ Ja	☐ Nein
	einen Wertschublade-Schlüssel	☐ Ja	☐ Nein
	WLAN im Zimmer	☐ Ja	☐ Nein

Post/Korrespondenz an Bewohner

☐ Bewohner:in abgeben

☐ Rechnungsempfänger weiterleiten

☐ monatlich mit Bewohner:in-Rechnung ☐ wird regelmässig am Empfang abgeholt

EINTRITT

☐ Daueraufenthalt Gewünschter Eintrittstermin:

☐ Kurzzeitaufenthalt Gewünschter Eintrittstermin:

☐ Tagesaufenthalt Wochentag(e):

☐ Vorsorgliche Anmeldung (Kontaktieren Sie uns, wenn ein Eintritt konkret wird)

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Taxordnung Pflegezentrum und die Angaben auf diesem Formular zur Kenntnis genommen haben. Bei Eintritt in das Pflegezentrum wird ein separater Pensionsvertrag mit dem/der Bewohner:in abgeschlossen.

Ort und Datum Unterschrift Bewohner:in oder Vertreter:in

Wohn- und Pflegezentrum Stockberg
Stockbergstrasse 9 • CH-8854 Siebnen
T 055 450 31 00 • info@pflege-siebnen.ch