

## Anmeldeformular Alters- und Betreutes Wohnen

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Lindenhof, Hauptstrasse 205, 2552 Orpund oder per E-Mail an [info@vivale-lindenhof.ch](mailto:info@vivale-lindenhof.ch). Bei Fragen und Unklarheiten geben wir Ihnen gerne telefonisch unter +41 32 356 11 11 oder per E-Mail via [info@vivale-lindenhof.ch](mailto:info@vivale-lindenhof.ch) Auskunft.

Besten Dank.

### 1. Kontaktdaten

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr. 756.
Heimatort / Nationalität	Konfession
Zivilstand	

### 2. Aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Wohnhaft seit

### 3. Adresse, von wo der Übertritt stattfindet, falls nicht aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
---------	-----------

### 4. Gesetzliche Vertretung (Rechtsdelegation)

Keine  Beistandschaft / Vorsorgebeauftragte/-r (Bitte Kopie Verfügung / Vorsorgeauftrag beilegen)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	

### 5. Rechnungsempfänger/-in (falls nicht Pensionär/-in)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Beziehung zu Pensionär/-in

## 6. Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Ärztliche Betreuung durch:	

## 7. Krankenkasse (bitte Kopie der Karte beilegen)

Krankenversicherung	Sektion / Ort
Versicherten-Nr.	
Versicherung mit Hausarzt-Modell abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie von Krankenversicherungskarte (beidseitig) beigelegt	

## 8. Spitex (falls involviert)

Name	Kontaktperson
Strasse	PLZ Ort
Telefon	E-Mail

## 9. Angehörige / Notfallkontakte

<b>Erste Kontaktperson</b>	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	
<b>Zweite Kontaktperson</b>	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

## 10. Verfügungen / Bestätigungen / Finanzierung (bitte Kopie beilegen)

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| Patientenverfügung                                | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Vorsorgeauftrag                                   | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Beistandschaft                                    | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Hilflosenentschädigung                            | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Ergänzungsleistung AHV                            | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Besteht ein EPD (elektronisches Patientendossier) | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Bezahlung der Rechnung mit LSV+                   | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Hausratversicherung                               | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Separate Einbruchsachversicherung                 | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nein                    |
| Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch)     | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen |
| Unfallversicherung (obligatorisch)                | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen |

## 11. Kontoinformationen

---

Name des Finanzinstituts

---

Adresse

---

IBAN Nr.

---

Lautend auf

---

## 12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Angehörige / Freunde / Bekannte
- Beratung (Pro Senectute, Sozialdienst Spital, Spitex, Hausarzt/-ärztin usw.)
- Bewohnende/-r oder Pensionär/-in Vivale Lindenhof
- Öffentlicher Anlass im Haus / Messe / Ausstellung
- Zeitungsinserat
- Auf Empfehlung von:
- Anderes:

## 13. Gewünschter Einzugstermin

- Anmeldung erfolgt vorsorglich
- Eintritt gewünscht per \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_