

Anmeldeformular Alterswohnen Basis / Alterswohnen Plus

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Vivale Lindenhof, Hauptstrasse 205, 2552 Orpund oder per E-Mail an 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 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

Erste Kontaktperson	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	
Zweite Kontaktperson	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 _____