



AUFNAHMEGESUCH

(wird vom BPZ Schlossgarten ausgefüllt)

Datum Anmeldung:

AnmNr:

ID Bewohner:

Name:

Vorname:

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon

E-Mail:

Geb.datum:

Zivilstand:

Beruf (vor Pensionierung):

Datum Anmeldung:

AnmNr:

ID Bewohner:

Telefon mobil:

AHV-Nr.: 756.....

Konfession:

Heimatort:

Vertretungsberechtigte Person:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort :.....

Telefon:

Telefon mobil:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Wer gibt Auskunft?

Angemeldete/r

Vertretungsberechtigte Person

Andere: Name/Vorname:.....

Adresse:.....

Tel. /Tel. mobil

Gewünschter Eintrittstermin?

dringend

vorsorglich

Kurzaufenthalt (von..... bis.....)

Hausarzt:

Praxis:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (spezielle Massnahmen, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sozialversicherungen:

Ergänzungsleistung: ja nein

Hilflosenentschädigung: leicht mittel schwer

Bemerkungen:

.....

Krankenversicherer (Grundversicherer):

Name:

Strasse:

PLZ/Ort

Vers.-Nr:

Versichertenkarten-Nr. 807 560.....

Gültig bis:

Krankenversicherer (Zusatzversicherer):

Name

Strasse

PLZ/Ort:

Vers.-Nr.:

Versichertenkarten-Nr.: 807 560

Gültig bis:

Angehörige (Personalien)

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname
Adresse
PLZ/Ort
Tel. P
Tel. G
Tel. mobil
E-Mail
Verwandtschaftsgrad:.....

Gesetzliche Vertretung:

- Begleitbeistandschaft
- Vertretungsbeistandschaft
- Mitwirkungsbeistandschaft
- umfassende Beistandschaft

Vorname/Name:

Adresse/Ort:

Rechnungsempfänger: BewohnerIn Angehörige gesetzliche Vertretung

Name/Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Bemerkungen allgemein:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

Ort und Datum: Unterschrift:

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie unserer Datenschutzerklärung (s. Homepage unter www.bpzschlossgarten.ch/downloads) zu.

Mit der Entgegennahme dieses Aufnahmegesuches, können wir keine verbindliche Zusicherung für eine Aufnahme ins BPZ Schlossgarten abgeben.

Wenn Sie dringend oder für einen Kurzaufenthalt bei uns einziehen möchten, bitten wir Sie, die folgenden Unterlagen dem Aufnahmegesuch beizulegen:

- Beilagen: Arztbericht (oder Austrittsbericht bei Spital-/Rehaaufenthalt)
- Medikamentenverordnung
- Kopie Patientenverfügung
- Kopie Versichertenkarte der Krankenkasse (Vorder- und Rückseite)