

Anmeldung Tageszentrum

Personalien

Name *	Vorname *	Geburtsdatum *	
Aktuelle Wohnadresse * Kanton Telefon	Adresse gesetzl. Wohnsitz (falls nicht wie Wohnadresse) *	Bürgerort *	
		Nationalität *	Ausl. Status *
		Zivilstand *	Konfession *
Erlernter Beruf Zuletzt ausgeübter Beruf		AHV- Nr. *	

Wichtigste Kontaktperson

Gesetzlicher/ Behördlicher Vertreter

(Name und Adresse) *	(Name und Adresse) *
Telefon Verwandtschaftsgrad	Telefon <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> SozialarbeiterIn

Bisherige Kontaktpersonen

Funktion	Name/Adresse	Telefon
Hausarzt *		
Spitalarzt *		
Pflegeperson (Spital / Spitex)		
SeelsorgerIn		
Andere		

Krankenkasse

<p>Grundversicherung * (Name, Adresse und Sektion)</p> <p>Telefon</p> <p>Versicherungs- Nr. *</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein</p> <p><input type="checkbox"/> Privat</p> <p><input type="checkbox"/> Halbprivat</p>	<p>Zusatzversicherung *</p> <p><input type="checkbox"/> Alternativmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht-Pflichtmedikamente</p> <p><input type="checkbox"/> andere:.....</p> <p>(Name, Adresse und Sektion)</p> <p>Telefon</p> <p>Versicherungs- Nr. *</p>
--	--

Rente

<input type="checkbox"/> AHV *	<input type="checkbox"/> IV *	<input type="checkbox"/> EL * / Ergänzungs- Leistungen	<input type="checkbox"/> HL * / Hilflosen- Entschädigung
--------------------------------	-------------------------------	---	---

Mitglied Exit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------	-----------------------------	-------------------------------

Rechnungsempfänger

<p>Pauschale Tageszentrum (Unterkunft, etc.)</p>	<p>(Name und Adresse) *</p>
<p>Pflegerisch/medizinische Leistungen</p>	<p>(Name und Adresse) *</p>

Gewünschtes Eintrittsdatum

Zuständige Person für Rückfragen

	<p>(Name und Adresse)</p> <p>Telefon</p>
--	--

<p>(Ort und Datum) *</p>	<p>(Unterschrift) *</p>
--------------------------	-------------------------

Die mit einem „*“ gekennzeichneten Felder müssen unbedingt vollständig ausgefüllt werden.

Wichtig: Bitte aktuellen Arztbericht und aktuelle Medikamentenliste (inkl. Reservemedikamente) beilegen.