

Zimmer

Daueraufenthalt

Gewünschter Eintrittstermin	<input type="checkbox"/> sobald als möglich	<input type="checkbox"/> vorsorglich
Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer mit Balkon	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer mit Balkon

Daueraufenthalt Wohngruppe NOVA für Menschen mit Demenz

Gewünschter Eintrittstermin	<input type="checkbox"/> sobald als möglich	<input type="checkbox"/> vorsorglich
Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Temporäre Aufenthalte

Ferienaufenthalt	von:	bis:	
Tages- und Nachtaufenthalt	<input type="checkbox"/> nur Tag	<input type="checkbox"/> nur Nacht	<input type="checkbox"/> Tag und Nacht

Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluss? Ja Nein

Wünschen Sie einen eigenen TV – Anschluss? Ja Nein

Interessent/in

Vorname, Name	_____	Heimatort	_____
Strasse	_____	Schriften in	_____
PLZ/Wohnort	_____	Aufenthaltsort	_____
Telefon	_____	Konfession	_____
E-Mail	_____	Zivilstand	_____
AHV-Nummer	_____	Geburtsdatum	_____

Angehörige Ansprechperson

1. Ansprechperson

Vorname, Name _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Beziehungsgrad _____

Mobil _____

E-Mail _____

2. Ansprechperson

Vorname, Name _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Beziehungsgrad _____

Mobil _____

E-Mail _____

Rechnungs- und Postversand nur ausfüllen, wenn abweichend vom Bewohnenden

Rechnungsempfänger/in

Vorname, Name _____
 Strasse _____
 PLZ, Ort _____
 Beziehungsgrad _____
 Mobil _____
 E-Mail _____

Postempfänger/in

Vorname, Name _____
 Strasse _____
 PLZ, Ort _____
 Beziehungsgrad _____
 Mobil _____
 E-Mail _____

Arzt/Ärztin

Hausarzt _____
 PLZ, Ort _____

Zahnarzt _____
 PLZ, Ort _____

Administratives

Krankenkasse _____ ➔ *bitte Kopie Krankenkassenkarte beilegen*
 PLZ, Ort _____
 Versichertenr. _____

Besteht ein Vorsorgeauftrag? Ja Nein ➔ *bitte Kopie beilegen*
 Besteht eine Patientenverfügung? Ja Nein ➔ *bitte Kopie beilegen*
 Besteht eine Beistandschaft? Ja Nein ➔ *bitte Ernennungsurkunde beilegen*
 Sind Ergänzungsleistungen angemeldet? Ja Nein
 Sind Hilflosenentschädigungen angemeldet? Ja Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift _____