

Anmeldung für das Alterszentrum Kappelhof / Gästestammblatt

Definitive Anmeldung:

☐ Betreutes Wohnen (Selbstständiges Leben in einer Wohnung)

☐ Alters- und Pflegeheim – Einzelzimmer

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon-Nr. **Geburtsdatum**.....

Konfession **Heimatort**

Zivilstand **Krankenkasse**.....

**Zivilrechtlicher Wohnsitz vor dem Einzug in
das Alterszentrum Kappelhof:**
(genaue Adresse).....

Mitgliedernummer Krankenkasse
.....

.....

Karten-Nummer der Krankenkasse
.....

.....

Telefon/Fax der Krankenkasse
.....

Sozialversicherungs-Nummer

Versicherungsart

☐ allgemein

☐ halbprivat

☐ privat

Haftpflichtversicherung..... **Policen-Nr.**

Eintrittswunsch ☐ dringend/baldmöglichst ☐ vorsorglich/nach Absprache

Voraussichtlicher Eintritt ist geplant wann?

.....

Benötigte Hilfsmittel

Rollator ☐ ja ☐ nein
Rollstuhl ☐ ja ☐ nein

Persönlicher Alarm * ☐ ja ☐ nein
andere Hilfsmittel * ☐ ja ☐ nein

welche?

* Preise gemäss Preisliste Mietgegenstände

Persönliche Kennzeichnung der privaten Kleidung

Alle Kleidungsstücke werden im Alterszentrum Kappelhof persönlich gekennzeichnet.

Die Kennzeichnung wird mit der Einzugspauschale in Rechnung gestellt.

Wir danken für die Abgabe der persönlichen Kleider bis 1 Woche vor dem Eintritt.

Bisheriger Aufenthalt

(Zu Hause, Spital, etc.)

Momentaner Hausarzt

(Name, genaue Adresse)

.....

ZSR-Nr. GLN-Nr.

Telefon-Nr. Fax E-Mail

Kontakt-/Bezugspersonen* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe, usw.)
Bitte in der Reihenfolge, wie sie bei Notfällen zu benachrichtigen sind.

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson*	3. Bezugsperson*
Beziehung	Beziehung	Beziehung
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort
Telefon	Telefon	Telefon
Handy	Handy	Handy
E-Mail	E-Mail	E-Mail

Rechnungsstellung bitte an

Name Vorname
Strasse PLZ/Ort
Telefon-Nr.

Zahlungsart: Einzahlungsschein

Garantieerklärung von Angehörigen / Schuldeneintritt von Dritten (*nicht Zutreffendes streichen*)
Die nachstehende Person garantiert die Begleichung aller anfallenden Rechnungen.

Name Vorname
Strasse PLZ/Ort
Telefon-Nr.

Bemerkungen
.....
.....

Datenschutz

Die Alterszentrum Kappelhof AG beachtet die Bearbeitungsgrundsätze des Datenschutzgesetzes.

Die Bewohnerin / der Bewohner nimmt zur Kenntnis, dass die Alterszentrum Kappelhof AG im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, der Kontrolle und / oder der Feststellung von Leistungsansprüchen Akteneinsicht zu gewähren. Die Bewohnerin / der Bewohner hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken.

Nimmt die Bewohnerin / der Bewohner dieses Recht nicht wahr, kann die Alterszentrum Kappelhof AG dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt die Bewohnerin / der Bewohner der Alterszentrum Kappelhof AG, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet die Alterszentrum Kappelhof AG diesbezüglich vom Arztgeheimnis und der Schweigepflicht.

Mit der Unterschrift gilt diese Anmeldung als definitiv.

..... Ort, Datum	 Unterschrift Bewohnerin / Bewohner
..... Ort, Datum	 Unterschrift des Garanten