

2367 Anmeldeformular

Zentrum für Begegnung und Tagesgestaltung

Personalien

Name:

Vorname:

Wohnadresse:

Telefon:

Mobile:

Heimatort:

Geb. Datum:

Zivilstand:

AHV Nr.:

Konfession:

Krankenkasse:

Mitgl. Nr.:

Hausarzt:

Tel. Nr. Arzt:

Adresse Hausarzt:

Wochentag(e):	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	ganzer Tag	ganzer Tag	ganzer Tag	ganzer Tag	ganzer Tag
	halber Tag	halber Tag	halber Tag	halber Tag	halber Tag

Aufenthaltszeit:

Startdatum:

Vertretungsvollmachten:

Vorsorgeauftrag: ja nein

Patientenverfügung: ja nein
Bitte Kopie beilegen

Beistandschaft: ja nein

Adresse Angehörige, Bezugsperson

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

Telefon Nr.:

Mobil Nr.:

Email:

Weitere Kontaktpersonen

Gerne können Sie uns weitere Kontaktpersonen mitteilen.

Rechnungsempfänger

Diese Person erhält die Rechnung, zeigt sich verantwortlich und ist Ansprechperson für die finanziellen Angelegenheiten.

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

Telefon Nr.:

Mobil Nr.:

Email:

Grundlagen

Diese Vereinbarung basiert auf der Taxordnung des Alters- und Pflegezentrums Bruggwiesen.

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Der Tagesgast oder der Vertragspartner bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit sowie die Vollständigkeit der Angaben. Zudem bestätigt der Tagesgast bzw. der Vertragspartner, dass er die Taxordnung sowie die Übersicht "Preise, Zusatzleistungen und Mietgegenstände" gelesen und akzeptiert hat.

Name / Vorname des Tagesgastes / Vertragspartners

Unterschrift des Tagesgastes / Vertragspartners

Ort und Datum

Das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular ist dem Alters- und Pflegezentrum persönlich, per Post oder per E-Mail zuzustellen.