**Name:**  **Vorname:**

**Zivilstand:** **Konfession:**

**PLZ/Wohnort:** **Strasse:**

**Telefon /Natel:** **AHV – Nr.:**

**Geburtsort:** **Geburtsdatum:**

**Heimatort:** **lediger Name**:

**Beruf:**

**Hausarzt/in** (bitte genaue Adresse angeben)**:**

**Augenarzt/in falls vorhanden** (Name, Ort, ev. Tel. Nr.)**:**

**Zahnarzt/in falls vorhanden** (Name, Ort, ev. Tel. Nr.)**:**

**Krankenkasse** (bitte genaue Adresse angeben)**:**

**Versicherungsnummer:**

**[ ]**  allgemein **[ ]**  halbprivat **[ ]**  privat

**Soll die zuständige Kirchgemeinde / Pfarrer / Seelsorge über Ihren Aufenthalt im Seeblick**

**informiert werden? [ ]**  Ja **[ ]**  Nein

Bei Ja genaue Adresse angeben:

**Voraussichtliches Eintrittsdatum:**

**Daueraufenthalt:** **[ ]**

**Kurzzeitaufenthalt:** **[ ]**  (von / bis)**:**

**Akut- und Übergangspflege:[ ]**  (von / bis)**:**

**Sind Sie in einer anderen Institution angemeldet?** **[ ]**  Ja **[ ]**  Nein **Wenn ja, wo?**

#### Angehörige

**1. Name, Vorname**:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Natel:

E-Mail-Adresse (**wichtig** für den Versand von aktuellen Informationen):

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: **[ ]**  Ja **[ ]**  Nein

**2. Name, Vorname**:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Natel:

E-Mail-Adresse (**wichtig** für den Versand von aktuellen Informationen):

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: **[ ]**  Ja **[ ]**  Nein

**3. Name, Vorname**:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Natel:

E-Mail-Adresse (**wichtig** für den Versand von aktuellen Informationen):

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: **[ ]**  Ja **[ ]**  Nein

#### Gesetzliche Vertretung / Bevollmächtigte Person

**Name, Vorname**:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Geschäft:

Natel: E-Mail-Adresse:

Gesetzliche Vertretung **[ ]**  **ja** **[ ]**  **nein [ ]**  **in Abklärung**

* **Bitte Kopie der amtlichen Urkunde beilegen.**

#### Rechnung

**Die Rechnung geht an:**

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

**LSV (Lastschriftverfahren)** gewünscht: **□** ja **□** nein1

#### Post

Persönliche Post wie Zeitungen, Postkarten, Illustrierte etc. geht direkt an die Bewohnenden.

**Amtliche Post** (Rechnungen, Briefe von Amtsstellen etc.) geht an:

**[ ]**  Bewohnerin, Bewohner

**[ ]**  Angehörige Name, Vorname:

Was soll mit **Abstimmungs- und Wahlunterlagen** geschehen:

**[ ]**  Gehen an Bewohnerin, Bewohner

**[ ]**  Werden bis 30 Tage nach dem Abstimmungs- oder Wahltag aufbewahrt. Danach werden sie ohne Benachrichtigung durch den Seeblick vernichtet.

#### Sind folgende Dokumente vorhanden?

**Vorsorgeauftrag: □** ja (Hinterlegungsort: ) **□** nein

**Patienten-Verfügung: □** ja (Hinterlegungsort: ) **□** nein

Ort und Datum: ..........................................................................................................................

**Unterschrift Bewohnende, Vertretungsperson oder Bevollmächtigte:**

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

**1 Bei Daueraufenthalten wird pro Monat zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr von Fr. 5.-**

**verrechnet, wenn die Rechnung ohne LSV bezahlt wird.**

**Visum PFP:**