

Name: **Vorname:**

Zivilstand: **Konfession:**

PLZ/Wohnort: **Strasse:**

Telefon /Natel: **AHV – Nr.:**

Geburtsort: **Geburtsdatum:**

Heimatort: **lediger Name:**

Beruf:

Hausarzt (bitte genaue Adresse angeben):

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

Zahnarzt 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: Geschäft:

Natel: E-Mail-Adresse:

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: Ja Nein

2. Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Geschäft:

Natel: E-Mail-Adresse:

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: Ja Nein

3. Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Geschäft:

Natel: E-Mail-Adresse:

Verwandtschaftsgrad:

Darf vom Pflegepersonal Auskunft über den Gesundheitszustand erhalten: Ja Nein

Gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter

Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Privat: Geschäft:

Natel: E-Mail-Adresse:

Gesetzlicher Vertreter 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 geht direkt an die Bewohnerin, den Bewohner.

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

Bewohnerin, Bewohner

Name, Vorname:

Abstimmungs- und Wahlunterlagen:

Gehen an Bewohnerin, Bewohner

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

Bitte unbedingt ausfüllen

Vorsorgeauftrag: ja (Hinterlegungsort:.....) nein

Patienten-Verfügung: ja (Hinterlegungsort:.....) nein

Ort und Datum:

Unterschrift Bewohnerin/Bewohner, 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: