

Anmeldeformular Hermolingen

Personalien

Name:	_____	Vorname:	_____
Letzte Wohnadresse:	_____	PLZ-Ort:	_____
Geb. Datum:	_____	Zivilstand:	_____
Heimatort:	_____	Gesetzlicher Wohnsitz:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Konfession:	_____
Natel Nr.:	_____		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (Ferien)	
gewünschter Eintritt:	_____		
Rechnung:	<input type="checkbox"/> an Bewohner	<input type="checkbox"/> an Beistandsperson	

Rechnungsadresse / Beistandsperson

Institution:	_____		
Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	PLZ-Ort:	_____
Telefon:	_____	Natel Nr.:	_____
E-Mail:	_____	Art der Verwandtschaft:	_____

Funktion

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft (ZGB Art. 393) | <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft (ZGB Art. 394) |
| <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung (ZGB Art. 395) | <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB Art. 396) |
| <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft (ZGB Art. 398) | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Anmeldeformular Hermolingen

Versicherungen

Krankenkasse: _____ KK-Nr.: _____

Sozialversicherung Nr.: 756.

AHV-Bezüger: Ja Nein

IV-Bezüger: Ja Nein

Ergänzungsleistungen: Ja Nein beantragt

Hilflosenentschädigung: Ja Nein beantragt

Medizinische Angaben

Hausarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Zahnarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Augenarzt

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Weiter Adressen

Praxis: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ PLZ-Ort: _____

Anmeldeformular Hermolingen

Bezugspersonen

Primäre Bezugsperson

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Weitere Bezugspersonen

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Name: _____ Vorname: _____
Wohnadresse: _____ PLZ-Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Natel-Nr.: _____
E-Mail: _____ Art der Verwandtschaft: _____

Vollmacht

Die Heimleitung, Administration und die Betreuung erhalten hiermit die Ermächtigung die obgenannten Daten soweit zu verwenden wie sie für die Korrespondenz mit der Spitex Rothenburg, Therapeuten, Apotheken, Ärzten, Gemeinde, Beistände, Versicherungen (z.B. IV / Krankenkasse) und für die Erhebung der Betreuungsdokumentation und des Abrechnungssystems notwendig sind.
Der Heimleitung, Betreuung sowie Ärzte/innen wird zudem die Ermächtigung erteilt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Haus & Hof Hermolingen

Stationsstrasse 40
6023 Rothenburg
Tel. 041 280 16 33
admin.hermo@hin.ch
www.hermolingen.ch