

Dringende Anmeldung

Vorsorgliche Anmeldung

Stammdaten

Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
gesetzlicher Wohnsitz		Heimatort	
Telefon Nr.		Handy-Nr.	
Soz. Vers. Nr.	756.	Geburtsdatum	
Konfession		Zivilstand	
Familiennamen / Vorname Vater			
Mädchenname / Vorname Mutter			
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Lebensform

allein lebend	<input type="checkbox"/>
Lebenspartner ausserhalb des Heimes	<input type="checkbox"/> Name/Vorname:
Lebenspartner im Heim lebend	<input type="checkbox"/> Name/Vorname:
Lebenspartner in gleicher Wohneinheit	<input type="checkbox"/> Name/Vorname:

Vertrauenspersonen (Vorsorgebeauftragte), Angehörige oder gesetzliche Vertreter

medizinische & pflegerische Belange und alles was die Persönlichkeit tangiert

1. Vertrauensperson	Name		Vorname	
	Adresse		PLZ/Ort	
	Telefon und Handy Nr.		E-Mail	
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad			

2. Vertrauensperson	Name		Vorname	
	Adresse		PLZ/Ort	
	Telefon und Handy Nr.		E-Mail	
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad			

Krankenversicherung

Name	
Adresse, PLZ/Ort	

Ärzte

Hausarzt	
Zahnarzt	
Augenarzt	

Rechnungsstellung und Postzustellung

direkt an den Bewohner/die Bewohnerin
 an folgende Person

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon und Handy Nr.	E-Mail
Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad	

Pflege und Betreuung

Ferien	<input type="checkbox"/>	Gewünschtes Datum	
Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Gewünschtes Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

Wenn Sie Fragen zu einer Patientenverfügung, zur Hilflosenentschädigung (HLS) oder zu den Ergänzungsleistungen haben, sind wir Ihnen gerne behilflich.
Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns.

Sekretariat 081 920 70 20
 E-Mail info@pwg-vals.ch

Datum	Unterschrift
-------	--------------