

Spitex Anmeldeformular

PERSONALIEN

Name:	_____	Vorname:	_____
PLZ/Ort:	_____	Strasse/Nr.:	_____
Geb.datum:	_____	Tel. Nr.:	_____
Zivilstand:	_____	AHV-Nr.:	_____
Letzter zivilrechtlicher Wohnsitz (falls nicht identisch mit Wohnort): _____			
Patientenverfügung vorhanden		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Privat: _____

Tel.Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Privat: _____

Tel.Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

RECHNUNGSADRESSE

Falls nicht identisch mit „Personalien“, bitte hier angeben:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____

HAUSARZT

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____
E-Mail: _____

KRANKEN- BZW. UNFALLVERSICHERUNG

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____
Kenn-Nr. Träger: _____ Kenn-Nr. Karte: _____
Police-Nr.: _____ Schadenfall-Nr.: _____

Für IV-Bezüger (nur bei direkter Abrechnung mit IV-Stelle), Kinder unter 18 Jahren sowie für Leistungen aufgrund eines Unfalls wird keine Patientenbeteiligung verrechnet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Spitex-Broschüre, das Orientierungsblatt sowie die Tarifordnung erhalten haben und damit einverstanden sind. Zudem ermächtigen Sie die zuständigen Vertreter des Alterszentrums am Bach, bei medizinischen Institutionen und Ihrer Krankenkasse die notwendigen Unterlagen einzufordern sowie Informationen bei der Wohngemeinde anzufragen. Damit entbinden Sie Auskunft gebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen bzw. gesetzlichen Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

