

Spitex Anmeldeformular

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____
PLZ/Ort: _____ Strasse/Nr.: _____
Geb.datum: _____ Tel. Nr.: _____
Zivilstand: _____ AHV-Nr.: _____
Letzter zivilrechtlicher Wohnsitz (falls nicht identisch mit Wohnort): _____

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 von CHF 8.00 pro Tag verrechnet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Spitex-Broschüre, das Orientierungsblatt sowie die Tarifordnung erhalten haben und 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:
