

Spitex Anmeldeformular

PERSONALIEN

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

Patientenverfügung vorhanden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen zur AHV	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ergänzungsleistungen zur IV	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. G./Privat: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Art der Beziehung: _____

2. Bezugsperson

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. G./Privat: _____
Natel: _____
E-Mail: _____
Art der Beziehung: _____

RECHNUNGSADRESSE

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

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

HAUSARZT

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

KRANKEN- BZW. UNFALLVERSICHERUNG

Krankenkasse: _____ Geschäftsstelle: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. 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, involvierten Dienstleistenden, Ihrer Krankenversicherung sowie der Wohngemeinde die notwendigen Unterlagen einzufordern. Damit entbinden Sie Auskunft gebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen bzw. gesetzlichen Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Datum: _____ Unterschrift: _____