

Anmeldeformular Pflege und Betreuung

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ / Ort	_____
Aktueller Wohnsitz seit	_____		
Geb. Dat.	_____	Geburtsort	_____
Telefon	_____	Natel	_____
E-Mail	_____	AHV-Nr.	_____
Heimatort	_____	Heimatkanton	_____
Konfession	_____	Zivilstand	_____

Angaben zur Partnerin / zum Partner

Name	_____	Vorname	_____
Geb. Dat.	_____	Zivilstand	_____
Adresse	_____	PLZ / Ort	_____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung | <input type="checkbox"/> Dringliche Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Tages-/ Nachtstätte | <input type="checkbox"/> Station für Menschen mit Demenz |
| <input type="checkbox"/> Einbettzimmer | <input type="checkbox"/> Paareinheit |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt* von _____ bis _____ | |

*Annullierung bis mind. 7 Tage vor Eintritt ohne Kostenfolge (CHF 130.-/Tag) möglich.

Besuch der Seelsorge gewünscht Ja Nein

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TV-Anschluss über CADONAU (15.- pro Monat) | |
| <input type="checkbox"/> Telefon Anschluss über CADONAU (10.- pro Monat) | |
| <input type="checkbox"/> Telefonapparat CADONAU (4.50.- pro Monat) | <input type="checkbox"/> Telefonapparat privat |

Name und Adresse Ihrer/s Hausärztin/Hausarztes _____
 Im CADONAU ist freie Arztwahl gewährleistet. _____

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| Beziehen Sie Spitexleistungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte |
| | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Besitzen Sie eine Patientinnen-/Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

(Bei Vertretungen oder Urteilsunfähigkeit die gesetzliche Vertretung als 1. Bezugsperson angeben)

1. Bezugsperson Verhältnis/Funktion _____

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Natel _____
E-Mail _____

2. Bezugsperson Verhältnis/Funktion _____

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Natel _____
E-Mail _____

3. Bezugsperson Verhältnis/Funktion _____

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Natel _____
E-Mail _____

Krankenkasse Grundversicherung (bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen)

Krankenkasse _____ PLZ / Ort _____
Kartenummer _____ Policen-Nr. _____

Rechnungstellung

Wünschen Sie, dass die Heimrechnung direkt über die Bank, mittels Lastschriftverfahren (LSV) bezahlt wird? Ja Nein

Rechnungsadresse: _____

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Die Datenverarbeitung erfolgt gemäss den geltenden Datenschutzbestimmungen. Weitere Informationen erhalten Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Bitte beachten Sie, dass infolgedessen die angemeldete Person über die erfolgte Anmeldung sowie über die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen des Aufnahmeverfahrens informiert wird.

Bei Eintritt wird eine unverzinsliche Vorausleistung von CHF 6'000 fällig (nur bei Langzeitpflege – ohne Ferienaufenthalt)