

(wird durch Hof Rickenbach ausgefüllt)

Name / Vorname	
Zimmer Nr.	
Wohngruppe	
Eintrittsdatum	

- Administration (Original)
 Wohngruppe
 Hotellerie

Eintrittsorganisation Bewohner Administration

(wird durch den Bewohner oder die Bewohnerin oder deren Vertreter ausgefüllt)

Personalien			
Familienname		Lediger Name	
Vorname Rufname		Beruf	
Geburtsdatum		Konfession	
Zivilstand		AHV-Nummer	756.
Heimatort		Gesetzlicher Wohnsitz	
Letzte Wohnsitzadresse			
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
E-Mail			
Eintritt von: Zuhause, Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige, etc.			
Aufenthaltort		E-Mail	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
Pflegebericht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamentenliste	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie beilegen)
Diagnoseliste	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie beilegen)		
Hausarzt			
Name / Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		Praxisname	
PLZ / Ort		Mail	
Spezialarzt / Neurologe oder Kardiologie			
Fachgebiet	<input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Kardiologie		
Name / Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		Praxisname	
PLZ / Ort		Mail	

Krankenkasse

Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Kartenummer		Krankenkassenkarte (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja
Ablaufdatum			

Versicherung

Haftpflichtversicherung	Policen Nummer:
-------------------------	-----------------

Aufenthaltsdauer

Tagesaufenthalt:	am:	
Ferienaufenthalt (mind. 2 Wochen):	von:	bis:
Daueraufenthalt	ab:	
Reservation (wird verrechnet)	ab:	

Kontaktpersonen / Angehörige

1. Ansprechperson / Vertrauensperson / Gesetzliche Vertretung

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:		
Familienname		E-Mail
Vorname		Tel. Privat
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft
PLZ / Ort		Natel

Der Aufenthaltsvertrag wird der gesetzlichen Vertretung zugestellt.

2. Person

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:		
Familienname		E-Mail
Vorname		Tel. Privat
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft
PLZ / Ort		Natel

3. Person

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:		
Familienname		E-Mail
Vorname		Tel. Privat
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft
PLZ / Ort		Natel

Beistandschaft

Beistandschaft		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

Rechnungsempfänger:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		Vorname	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Natel	
Mailadresse für Rechnungsempfänger		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Das Depot wird gemäss Taxordnung mit der ersten Rechnung versandt (bei Langzeiteintritt).

Leistungsbezüge

Bezüger IV (Invalidenversicherung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bezüger EL (Ergänzungsleistung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Dokumente

Vorsorgeauftrag (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Ernennungsurkunde Beistandschaft (bitte Kopie beilegen)		Personalausweis (ID oder Pass) (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Mitgliedschaft bei einer Sterbehilfeorganisation.			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

Diverses / Bemerkungen

Ort / Datum Bewohnerin / Bewohner / gesetzliche Vertretung