

Bewohnerstammblatt

(bitte in Blockschrift oder elektronisch ausfüllen)

Eintrittsdatum _____ Zimmernummer _____

Kontakt _____ Standort _____

Personalien Bewohner

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

Geb. Datum _____ Konfession _____

Beruf vor der Pensionierung _____ Zivilstand _____

Heimatort _____ AVH Nr. **756** _____

Krankenkasse _____ Versicherg. Nr. _____

Bitte die Krankenkasse Karte beim Eintritt abgeben

Name der Bank _____ IBAN **CH** _____

1. Bezugsperson

Verwandtschaftsgrad | Art der Beziehung _____

Erreichbarkeit bei Notfällen Tag Nacht

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

2. Bezugsperson

Verwandtschaftsgrad | Art der Beziehung _____

Erreichbarkeit bei Notfällen Tag Nacht

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Weitere Bezugsperson

Verwandtschaftsgrad | Art der Beziehung _____

Erreichbarkeit bei Notfällen Tag Nacht

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Vertretung | Beistand

Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag Beistand

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Rechnungsempfänger

Rechnung an Bewohner*in Ja Nein

Wenn nicht Selbstbezahler*in, geht die Rechnung an folgende Person:

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ | Ort _____

E-Mail _____ Tel. Nr. _____

Versicherungen

Haftpflichtversicherung Ja Nein

Hausratversicherung Ja Nein

Unfallversicherung Ja Nein

Dokumente

Vorsorgeauftrag Wenn ja, Kopie beilegen	Ja	Nein
Patientenverfügung Wenn ja, Kopie beilegen	Ja	Nein
Ernennungsurkunde Wenn ja, Kopie beilegen	Ja	Nein
Ergänzungsleistung vorhanden Wenn ja, Kopie beilegen	Ja	Nein
Ergänzungsleistung beantragt Wenn ja, Kopie beilegen	Ja	Nein
Bezüger*in Hilflosen Entschädigung	Ja	Nein
Bezüger*in Invalidenrente	Ja	Nein

Extras

Kleider beschriften pro Stunde CHF 80.-	Ja	Nein
Fusspflege nach Aufwand	Ja	Nein
Coiffeur nach Aufwand	Ja	Nein

Bemerkungen

Datum | Ort _____ Unterschrift _____