

Aufnahmegesuch

Anmeldung	<input type="checkbox"/> Dringend	<input type="checkbox"/> Vorsorglich	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt
-----------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

Personalien

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Natel	E-Mail
Geburtsdatum	Geburtsort
Konfession	Heimatort
Steuerort	
Krankenkasse	Karten-Nr.
Versicherten-Nr.	
AHV-Nr. 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _	
Wurde für Sie ein EPD (elektronischen Patientendossier) eröffnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wo?	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Partnerschaft	
Ehepartner Name und Vorname	

Hausarzt

Name	
Adresse	
PLZ/Ort	

Hilflosenentschädigung / Ergänzungsleistungen / Covid-19 Impfung

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <div style="text-align: right; font-size: small;">Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen</div>

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen		
Geimpft gegen Covid-19?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte Kopie des Zertifikats beilegen		

Rechnungsempfänger / Korrespondenzadresse	
Name	Beziehungsgrad
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Natel	E-Mail

1. Bezugsperson	
Name	Beziehungsgrad
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Natel	E-Mail

- Ich wünsche LSV (Lastschriftverfahren. Mit einer automatischen Kontoabbuchung helfen Sie uns, Verwaltungskosten zu sparen. Für Sie besteht dank Widerspruchsrecht kein Risiko.
- Ich bezahle die Rechnung ab Bankkonto/Postkonto

Datum	Unterschrift

Bitte beilegen:

- Kopie Krankenkassekarte
- Kopie Identitätskarte
- Patientenverfügung (wenn vorhanden)