



AUFNAHMEGESUCH

(wird vom BPZ Schlossgarten ausgefüllt)

Best: _____ Dat: _____

Anmdat: _____

AnmNr: _____

Adr. Nr. Bewohner: _____

Adr. Nr. Bezugsperson: _____

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Geb. Datum:.....

AHV-Nr:.....

Zivilstand:.....

Heimatort:.....

Konfession:

Vertretungsberechtigte Person:

Name:.....

Vorname:.....

Strasse:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Wer gibt Auskunft?

Angemeldeter

Vertretungsberechtigte Person

Andere: Name/Vorname:.....

Adresse:.....

Tel:.....

Gewünschter Eintrittstermin?

dringend

vorsorglich

Kurzaufenthalt (von..... bis.....)

Wenn Sie dringend oder für einen Kurzaufenthalt bei uns einziehen möchten, bitten wir Sie, zusätzlich das Ergänzungsblatt auszufüllen sowie die auf der Rückseite aufgeführten Unterlagen beizulegen.

Hausarzt: Name:..... Vorname:.....
Strasse:..... PLZ/Ort:.....
Telefon:.....

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (spezielle Massnahmen, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bemerkungen allgemein:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

Ort und Datum:..... Unterschrift:.....

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Mit der Entgegennahme dieses Aufnahmegesuches, können wir keine verbindliche Zusicherung für eine Aufnahme ins BPZ Schlossgarten abgeben.

Wenn Sie dringend oder für einen Kurzaufenthalt bei uns einziehen möchten, bitten wir Sie, die folgenden Unterlagen dem Aufnahmegesuch beizulegen:

Beilagen: Ergänzungsblatt (Erweiterte Personalien)
Arztbericht (oder Austrittsbericht bei Spital-/Rehaaufenthalt)
Medikamentenverordnung
Kopie Patientenverfügung
Kopie Police Krankenversicherung (Grund- und Zusatzversicherung)

Ergänzungsblatt (Erweiterte Personalien)

Name/Vorname:.....

Name/Vorname des Ehepartners:.....

Anzahl Kinder:..... Beruf:.....

Zivilstand:..... Konfession:.....

Wohnsitz:..... Geboren in:

Sohn/Tochter des.....

und der..... geborene.....

Gesetzliche Vertretung:

Begleitbeistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

umfassende Beistandschaft

Vorname/Name:.....

Adresse/Ort:

Rechnungsempfänger: Bewohner Angehöriger Beistand

Name/Vorname:.....

Strasse:..... PLZ/Ort.....

Sozialversicherungen:

Ergänzungsleistung: ja nein

Hilflosenentschädigung: leicht mittel schwer

Bemerkungen:
.....

Krankenversicherer (Grundversicherer):

Name:..... Vers.-Nr.....

Abrechnungsstelle:.....

Strasse:..... PLZ/Ort:.....

Krankenversicherer (Zusatzversicherer):

Name:..... Vers.-Nr.....

Abrechnungsstelle:.....

Strasse:..... PLZ/Ort:.....

Angehörige (Personalien)

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P

Tel. G

Natel

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:.....