

# Anmeldeformular

## Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 Zivilstand \_\_\_\_\_  
 Heimatort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 PLZ des Heimatorts \_\_\_\_\_  
 Konfession \_\_\_\_\_

## Angehörige nach Priorität

### Angehörige/r 1

Name \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Mobile \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen  
 RechnungsempfängerIn

nur tagsüber       auch nachts  
 Ja       Nein

### Angehörige/r 2

Name \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Mobile \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen  
 RechnungsempfängerIn

nur tagsüber       auch nachts  
 Ja       Nein

### Angehörige/r 3

Name \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Mobile \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen  
 RechnungsempfängerIn

nur tagsüber       auch nachts  
 Ja       Nein

## Angehörige/r 4

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaftsgrad	_____
Benachrichtigung in Notfällen		<input type="checkbox"/> nur tagsüber	<input type="checkbox"/> auch nachts
RechnungsempfängerIn		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Krankenkasse

Name	_____	Telefon	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Vers. Nr.	_____		_____
Vers. Kartennr.	8075	Gültig bis	_____

➤ Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer **Krankenkassenkarte** bei (Vor- und Rückseite).

## Hausarzt

Name	_____	Strasse	_____
PLZ, Ort	_____	Telefon	_____

## Zahnarzt

Name	_____	Strasse	_____
PLZ, Ort	_____	Telefon	_____

## RechnungsempfängerIn

Bitte füllen Sie diesen Bereich nur aus, falls keine der oben aufgeführten Angehörigen, die Rechnungen empfängt.

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaftsgrad	_____

## Gesetzliche Vertretung

Beistand       Vormund

Name	_____	Vorname	_____
------	-------	---------	-------

Strasse

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Mobile

---

E-Mail

---

Verwandtschaftsgrad

---

## Patientenverfügung

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Ja

Nein

## Vorauszahlung

Kann geleistet werden bis

Ja

Nein

## Zusätzliche Leistungen

### Anschlüsse

Telefonanschluss über das Haus (Fr. 37.00 pro Monat)

Fernsehanschluss über das Haus (Fr. 37.00 pro Monat)

### Fahrdienst

Mit unserem Heimauto (mit Rollstuhlplatz) bieten wir unseren Bewohnenden einen Fahrdienst an. Für die Begleitung mit dem Heimauto ins Dorf (z.B. Arztbesuche) verrechnen wir Pauschal CHF 18.–. Fahrten ausserhalb des Dorfes (z.B. Spital, Zahnarzt in Interlaken) verrechnen wir CHF 1.50 n. Kilometer und Minuten.

Allfällige Fahrten übernimmt das Alters- und Pflegeheim Günschmatte.

Allfällige Fahrten übernimmt eine angehörige Person.

➤ Name und Telefonnummer der angehörigen Person:

---

## Anmeldung

Bitte geben Sie den Zweck der Anmeldung an.

vorsorglich

definitiv

Ferien

Gewünschter  
Eintrittstermin

---

## Wünsche und Anregungen

---

---

## Unterschrift

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

---

Unterschrift in Blockschrift