

Anmeldung

Wisli am See inkl. Wohngruppe Drei Eichen



Für ein Pflege-Zimmer im Wisli am See, Richterswil

Für ein Zimmer in der Wohngruppe Drei Eichen, Samstagern

Wohnform und Gewünschter Eintritt	
<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt	<input type="checkbox"/> Kurzzeitaufenthalt/Ferienaufenthalt Min. 14 Tagen
	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dringend	<input type="checkbox"/> Vorsorglich

Personalien			
Familienname	<input type="text"/>	Lediger Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>		

Personalien Zweitmieter/Zweitmieterin			
Familienname	<input type="text"/>	Lediger Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>		

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse			
Strasse / Nr.	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobiltelefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Gegenwärtiger Aufenthaltsort			
Aufenthaltsort	<input type="text"/>		
Strasse / Nr.	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobiltelefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Nächste Angehörige / Bezugspersonen			
Erste Ansprechperson / Primärangehörige Person			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			
Zweite Ansprechperson			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			
Weitere Angehörige / Bezugspersonen			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			

Vertretung / Beistand / Bevollmächtigte Person			
<i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i>			
<input type="checkbox"/> Gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Beistand	Art der Beistandschaft	
		<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft	
		<input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft	
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	

Arzte			
Hausarzt/Hausärztin			
Name		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	
Weitere Ärzte (Augenarzt/Augenärztin, Zahnarzt/Zahnärztin)			
Name		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	
Weitere Ärzte			
Name/Vorname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	

Versicherungen (obligatorisch)			
Krankenkasse			
Gesellschaft			
Versicherungsnummer			
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon		E-Mail	
Unfallversicherung			
Gesellschaft			
Versicherungsnummer			
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon		E-Mail	
Haftpflicht-Versicherung			
Gesellschaft			
Police-Nr.			

Dokumente	
<i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i>	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestattungswunsch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Rechnungsadresse			
Rechnung direkt an Bewohner / Bewohnerin		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rechnung an folgende Person senden			
Familienname		Vorname	
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad			

Benötigen Sie ein Kellerabteil	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Zustellung Hauszeitung	
<input type="checkbox"/> Per Post	<input type="checkbox"/> Per E-Mail an

Im Besitz eines gültigen COVID-19-Zertifikats?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Impfung erhalten am:	

Lebensmittelallergien / Spezielle Kostformen	

Bemerkung / Weitere Angaben	

Ort / Datum

Unterschrift