

## Aufnahmeformular

### Personalien

Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Aktuelle Adresse	Strasse, Hausnummer	
	PLZ, Ort	
Telefon		
E-Mail		
AHV-Nr		

### Finanzierung

Kostenträger des Aufenthalts	
Name Institution	
Kontaktperson	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Vernetzung

#### Hausarzt\*in

Name	
Adresse	
Telefon	

#### Krankenkasse

Name	
Adresse	
Versicherten-Nummer	

#### Beistandschaft

Zuständiges Amt	
Name Beistandsperson	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Art der Beistandschaft	

**Weitere involvierte Stellen**

Institution	
Name Kontaktperson	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Institution	
Name Kontaktperson	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Angehörige**
**Person 1**

Name	
Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Der Person darf in Notsituationen (z. B. bei einem Spitalaufenthalt) Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Person 2**

Name	
Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Der Person darf in Notsituationen (z. B. bei einem Spitalaufenthalt) Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Haftpflichtversicherung**

Versicherungsgesellschaft	
Police-Nr.	

**Einzug Nordlicht Bern**

Gewünschter Einzugstermin	
---------------------------	--

- ☐ Bitte Kopie Pass/Ausweis dem Aufnahmeformular beilegen.
- ☐ Bitte aktuellen Arztbericht mit Diagnose/n und Medikamentenliste dem Aufnahmeformular beilegen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einsenden an:**

Nordlicht Bern, Scheibenstrasse 43, 3014 Bern **oder** per Mail an [info@nordlicht-bern.ch](mailto:info@nordlicht-bern.ch)