

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

Hausärzt*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