

# 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 Beistand/Beiständin	
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.	

## Daten zum Einzug

Gewünschter Aufnahmetermin	
----------------------------	--

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

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

Unterschrift \_\_\_\_\_