

Einzugsformular Domicil

- Umfassende Pflege (UP) (def. Einzug)
 Kurzaufenthalt (UP)
 Übergangspflege (UP)
- Wohnen mit DL
 Wohnen plus
 Gästezimmer
 Tageszentrum

Personalien

Name	Vorname	
Geb. Datum	Geschlecht	Muttersprache
Heimatort	Schriftenort (NL-Ausweis)	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel.Nr.	E-Mail	
Zivilstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
AHV-Nr.	Einzugsdatum	
Vertrag (Datum) (Domicil)	Zimmer-Nr. (Domicil)	

Hausarzt (bei Einzug)

Name/Vorname	Str.	Tel. Praxis
Name Praxis	PLZ/Ort	Tel. Mobile
	Fax	E-Mail Praxis

1. Bezugsperson (Bezugsperson für Korrespondenz)

Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile
		E-Mail

2. Bezugsperson

Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile
		E-Mail

Rechnungsadresse

	<input type="checkbox"/> Wie 1. Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Wie 2. Bezugsperson
Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile

Krankenversicherer KVG

Name	Policen-Nr.
	EAN-Nr. (20 Ziffern)

Krankenversicherer VVG

Name	Policen-Nr.
	EAN-Nr. (20 Ziffern)

- Bereits EL-Bezüger (UP)
 Wird EL beantragen (UP)
 EL beantragt (Datum)
- Patientenverfügung vorhanden
 Vorsorgeauftrag vorhanden
 Bezieht Hilflosenentschädigung

Bitte dem Formular beilegen: Kopie Krankenversicherungsausweis/ -police
Letzte aktuelle Verfügung der Ergänzungsleistung
 (wenn eine EL verfügt wurde)

03.04.2024