

Anmeldung für die Pflegeabteilung des Bener-Parkes

Name Vorname
Geborene Geburtsdatum
Zivilstand Konfession
Heimatort Heimatpapiere
Strasse Wohnort
Telefon AHV-Nr.

Angehörige oder gesetzlicher Vertreter

1. Name Vorname
Strasse Wohnort
Telefon Handy

2. Name Vorname
Strasse Wohnort
Telefon Handy

3. Name Vorname
Strasse Wohnort
Telefon Handy

Behandelnder Arzt

Name
Adresse/Ort

Wünschen Sie Ihren Hausarzt oder unseren Bener-Park-Arzt?

Hausarzt

Bener-Park-Arzt

Krankenkasse Sektion
Ort Mitglieder-Nr.

Bisheriger Aufenthalt (Spital / Heim)

.....

Die Rechnung geht an

Name Vorname
Strasse Ort

Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung?

ja

nein

Zeitpunkt

Ich möchte so bald als möglich eintreten

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich (Warteliste)

Ort und Datum

Bewohnerin

.....

.....