GESUNDHEIT AROSA

Anmeldeformular Alterszentrum

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Persönliche Angaben

Name | Vorname

Adresse | PLZ / Ort

Telefon-Nr. | Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Sozialversicherungsnummer / AHV-Nummer

Geburtsdatum | Heimatort / Kt.

Konfession | Zivilstand

Wohnsitz (Steuerpflicht) | Seit

Angabe zum / zur Partner*in

Name | Vorname

Geburtsdatum

Mietmodalitäten

☐ Einbettzimmer | ☐ Zweibettzimmer

☐ Langzeitaufenthalt | ☐ Kurzaufenthalt von bis
Aufenthalt max. 4 Wochen / Enddatum zwingend

☐ TV-Anschluss (CHF 20.00 / Monat) | ☐ eigener Fernseher
☐ Fernseher mieten (CHF 5.00 / Monat)

☐ Telefonanschluss (CHF 10.00 / Monat)

Obligatorische Bewohnerhaftpflichtversicherung (CHF 2.00 / Monat)

Wir empfehlen Ihnen eine Ergänzungsversicherung zur Haftpflichtversicherung für Schäden, die durch die Haftpflicht-versicherung nicht gedeckt sind (Grobfahrlässigkeit, Schäden durch nicht oder nur teilweise handlungsfähige Personen).

Hausarzt (In unserer Institution ist die freie Arztwahl gewährleistet)

Name des Hausarztes

Adresse PLZ / Ort

Telefon-Nr.

Andere Leistungen

Beziehen Sie Spitexleistungen ja ☐ ☐ nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen ja ☐ ☐ nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung ja ☐ ☐ nein

Verfügungen

Ist eine Patientenverfügung vorhanden ja ☐ ☐ nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden ja ☐ ☐ nein

Krankenkasse Grundversicherung (bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen)

Krankenkasse PLZ / Ort

Kartenummer Vers.-Nr.

Vertretungspersonen (Gesetzliche Vertretungsperson wie im Vorsorgeauftrag definiert[1])

Name Vorname

Adresse PLZ / Ort

Telefon-Nr. Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsgrad

Vertretungsperson betreffend die medizinische Behandlung und Pflege wie in der Patientenverfügung definiert

1. Ansprechperson [2]

Name Vorname

Adresse PLZ / Ort

Telefon-Nr. Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsgrad

2. Ansprechperson

Name | Vorname

Adresse | PLZ / Ort

Telefon-Nr. | Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsgrad

Rechnungsstellung

Name | Vorname

Adresse | PLZ / Ort

Telefon-Nr. | Handy-Nr.

E-Mail-Adresse

Umgang mit Bildmaterial

Dürfen wir Fotos von Ihnen machen und sie für Publikationen des Alterszentrums Arosa benutzen
(im Jahresbericht, auf der Website etc.)

☐ ja ☐ nein

Ihre persönlichen Daten werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet. Erfolgt kein Eintritt werden sie gemäss DSG vernichtet.

Ort, Datum | Unterschrift

[1] Wenn keine Verfügungen vorhanden sind, hält sich das Alterszentrum Arosa an die hier festgelegte Regelung.

[2] Das Alterszentrum Arosa benachrichtigt in der Regel die 1. Ansprechperson.
Andere Regelungen werden mit der Leitung Pflege und Betreuung / Stationsleitung situativ vereinbart.