

Anmeldung sumia

Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon Nr.	_____	Telefon Mobil	_____
Heimatort	_____	E-Mail	_____
Schriftenort	_____	Nationalität	_____
Konfession	_____	AHV-Nr.	_____
Krankenkasse	_____	Versicherungs-Nr.	_____
Hausarzt	_____		

Zuweisende Person Selber Angehörige, Bezugsperson Arzt
Eintritt von zu Hause Spital Reha Klinik Heim

Hilflosen-Entschädigung ja nein beantragt nicht beantragt
EL-Bezug ja nein beantragt nicht beantragt
Patientenverfügung vorhanden ja nein
Bezug Spitex Leistungen ja nein
Beistandschaft ja nein beantragt nicht beantragt

Name Beistand (bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen)

Bezugspersonen (Name / Vorname / Adresse / Telefon / Natel / Mail / Beziehungsgrad)

1. Priorität

2. Priorität

Vertrag an: _____

Rechnungen an: _____

Anmeldung für

- Daueraufenthalt** Dringend Gewünschtes Datum _____
- Kurzaufenthalt** Dringend Gewünschtes Datum von _____ bis _____
- Demenzwohngruppe** Dringend Gewünschtes Datum _____

Vollmacht

Geschäftsleitung sowie Hausärzte werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung der Geschäftsleitung gegenüber ermächtigt.

Der/die Unterzeichnende oder als Bevollmächtigte/r bestätigt, dass er/sie als Bewohner/in oder als Bevollmächtigte/r die Tarifliste sowie die Informationsbroschüre „Leben und Wohnen“ erhalten hat und mit deren Bestimmungen einverstanden ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Alterszentrum Sumiswald AG
Geschäftsstelle
Spitalstrasse 21
3454 Sumiswald
Tel. 034 432 59 89
Fax 034 432 59 88

info@az-sumiswald.ch

Dieser Teil wird durch sumia ausgefüllt

Haus / Zimmernummer	
Eintrittsdatum	
Eintrittszeit	
Telefon erwünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein