

Anmeldung Schlossgarten

Neueintritt dringlich
 vorsorglich ab _____

Zimmerwunsch

Einzelzimmer mit Dusche und Balkon Doppelzimmer mit Dusche und Balkon
 Einzelzimmer ohne Dusche

Familienname _____ lediger Name _____

Vorname _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____ Konfession _____

Zivilstand _____ AHV-Nummer _____

Heimatort _____

Bemerkungen: _____

Gegenwärtiger Wohnadresse

Strasse/Nr. _____ Telefon _____

PLZ/Ort _____

Krankenkasse

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____

PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Telefon _____

Hausarzt

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____
PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Angaben zur Rechnungsstellung

Selbstzahler
Andere Rechnungsadresse
(bitte nachfolgend Adresse ausfüllen)

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

leicht CHF 464.-
 mittel CHF 696.-
 schwer CHF 928.-

Haben Sie eine Patientenverfügung?
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) Ja Nein

Sachwalter vorhanden? Ja Nein

Sind Sie EinwohnerIn der Gemeinde Balzers? Ja Nein

➔ Wenn nein, müssen Sie sich beim Einwohneramt Balzers registrieren.

Meine nächsten Angehörigen

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte...)

1. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Weitere Angehörige

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____ Tel. Privat _____

Strasse/Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ/Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Für die Aufnahme auf die Warteliste erklärt sich der Antragsteller ausdrücklich damit einverstanden, dass die Geschäftsleitung Auskünfte betreffend seinem allgemeinen Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten und allenfalls Spitex einholen darf.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in