



Gäste-Stammblatt

Einzelzimmer

Ferienzimmer von: _____._____.

bis: _____._____.

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: ____ / _____

AHV-Nummer: 756.____.____.____

Telefon: _____

Heimatort: _____

Mobile: _____

Geburtsdatum: _____._____.

Konfession: _____

Zivilstand: _____

Früherer Beruf: _____

Grundversicherung

Versicherung: _____

Strasse: _____ Nr. _____

Versicherungsnummer: _____

PLZ & Ortschaft: ____ / _____

Kartenummer: _____

Telefon: _____

Zusatzversicherung für: _____

Versicherung: _____

Strasse: _____ Nr. _____

Versicherungsnummer: _____

PLZ & Ortschaft: ____ / _____

Kartenummer: _____

Telefon: _____

Rechnungsadresse

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: ____ / _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Land: _____

Beistand Ja Nein

Name/Firma: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: ____ / _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Land: _____



Informationen

AHV-Rente Betrag: _____

IV-Rente Betrag: _____

Hilflosenentschädigung (HL) Betrag: _____

Ergänzungsleistungen (EL) Betrag: _____

Benötigt Antrag für EL

Anderes:

Ärzte

Hausarzt

Name: _____

Herr Dr. med. Frau Dr. med _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Facharzt für: _____

Herr Dr. med. Frau Dr. med _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angehörige

Herr Frau Sohn/Tochter Schwager/Schwägerin Eltern _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Land: _____

Herr Frau Sohn/Tochter Schwager/Schwägerin Eltern _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Land: _____



Herr Frau Sohn/Tochter Schwager/Schwägerin Eltern _____
Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Nr. _____ PLZ / Wohnort: _____ / _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____ Land: _____

Herr Frau Sohn/Tochter Schwager/Schwägerin Eltern _____
Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Nr. _____ PLZ / Wohnort: _____ / _____
Telefon: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____ Land: _____

Eigene Hilfsmittel Ja Nein

Eigene Möbel Ja Nein

Im Miet- und Betreuungsvertrag ist eine Kollektiv-Haftpflichtversicherung inbegriffen. Bei eigenen Möbeln ist eine private Mobiliarversicherung erforderlich (siehe Taxordnung)

Versicherung: _____ Strasse: _____ Nr. _____
Policen-Nr: _____ PLZ & Ortschaft: _____ / _____

Kleider/Wäsche Ja Nein

Wertsachen Ja Nein



Eintrittsdiagnosen und Behandelnde Ärzte

Diagnosen:

Arzt

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Medikamentenliste Ja Nein

Spezialarzt

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Medikamentenliste Ja Nein

Spezielle Ernährungswünsche

Diät Ja Nein

Grund: _____

Weiche Kost Ja Nein

Grund: _____

Vegetarisch Ja Nein

Was: _____

Wenig Salz Ja Nein

Lieblingsspeisen: _____

Mag ich eher nicht: _____

Andere Wünsche: _____

Zimmereinrichtung



Möblierung vom Wohnpark Ja Nein

TV-Gerät vom Wohnpark Ja Nein

Eigene Möbel Ja Nein

Was: _____

Eigenes TV und Radio Ja Nein

Was: _____

Eigenes Telefon Ja Nein

Was: _____

Weitere Ergänzung

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein Was: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein Was: _____

Haben Sie einen Vorsorgevertrag? Ja Nein Was: _____

Monatliches Taschengeld? Ja Nein Was: _____

Wertgegenstände? Ja Nein Was: _____

Bemerkungen

Eintritt per: ____ . ____ . ____

Gast

Unterschrift: _____

Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden)

Unterschrift: _____

Datum: _____

Anmerkung: Diese Anmeldung ist rechtsgültig, nachdem der Eintritt erfolgt ist. Alle vertraglichen Vereinbarungen im Miet- und betreuungsvertrag sowie wenn erforderlich im Pflegevertrag sind rechtskräftig.