

Anmeldung sumia

Personalien

Name	_____	Vorname (Taufname)	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon Nr.	_____	Telefon Mobil	_____
Heimatort	_____	Zivilstand	_____
Schriftenort (bitte Kopie vom Niederlassungsausweis beilegen)	_____	Nationalität	_____
Konfession	_____	AHV-Nr.	_____
Krankenkasse	_____	Mitgliedernummer	_____
Krankenkassenkarten-Nr. 80756 (bitte Kopie von Krankenkassenkarte beilegen)	_____	Gültig bis	_____
Hausarzt	_____		

Zuweisende Person Selber Angehörige, Bezugsperson Hausarzt
 Krankenhaus

Eintritt von zu Hause Spital Reha Klinik andere Institution

EL-Bezug ja nein beantragt nicht beantragt
Wenn ja, bitte Kopie der aktuellen Verfügung beilegen

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Bezug Spitex Leistungen ja nein

Beistandschaft ja nein beantragt nicht beantragt

Art der Beistandschaft umfassend finanziell administrativ

Name Beistand (bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen)

Bitte wenden

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

1. Priorität

E-Mail: _____

2. Priorität

**Gesetzliche
Vertretung**

Vertrag an

Rechnungen an

Anmeldung für

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dringend (Arztzeugnis sumia beilegen) | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Dringend Ehepaar (Arztzeugnis sumia beilegen) | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Dringend Demenzwohngruppe
(Arztzeugnis sumia beilegen) | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Vorsorglich | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Vorsorglich Ehepaar | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Vorsorglich Demenzwohngruppe | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Tagesträff | |

Vollmacht

Die 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 Bevollmächtigter bestätigt, dass er/sie als Bewohner/in oder als Bevollmächtigte/r die Tarifliste sowie den Anhang zum Pensionsvertrag erhalten hat und mit diesen Bestimmungen einverstanden ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____