

## Anmeldeformular Pflege- und Betreuungszentrum Büelriet

### PERSONALIEN

Name	Vorname	
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort	
Telefon-Nr.	AHV-Nr.	Konfession
Geburtsdatum	Zivilstand	Schriftenort
Bürgerort	Nationalität	Herkunftsnation

### ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN / GESETZLICHE VERTRETUNGEN

#### Bezugsperson 1

Name	Vorname	
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort	
Beziehungsgrad	E-Mail	
Telefon Privat	Mobile	Geschäft

#### Bezugsperson 2

Name	Vorname	
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort	
Beziehungsgrad	E-Mail	
Telefon Privat	Mobile	Geschäft

Für weitere Bezugspersonen: bitte Zusatzblatt benützen

### HAUSFÜHRUNG

Ich kenne das Büelriet noch nicht und wünsche eine Hausführung.  ja  nein

Wünsche, Mitteilungen, Bemerkungen

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

## ÄRZTE

### Hausarzt

Name	Vorname	PLZ / Wohnort
Telefon Geschäft	Mobile	E-Mail

### Facharzt

Name	Vorname	PLZ / Wohnort
Telefon Geschäft	Mobile	E-Mail

### Facharzt

Name	Vorname	PLZ / Wohnort
Telefon Geschäft	Mobile	E-Mail

## KRANKENVERSICHERUNG

Name	Versicherungs-Nr.:
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort
Telefon	E-Mail

## VERTRETUNG / BEISTANDSCHAFT / ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN / HILFLOSENENTSCHÄDIGUNG

Bestehen Vertretungsvollmachten oder Massnahmen im Sinne des Erwachsenenschutzrechtes?

ja  nein

Welche?

### Kontaktperson

Name	Vorname	PLZ / Wohnort
Telefon Geschäft	Mobile	E-Mail

Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung?  ja  nein

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?  ja  nein

## RECHNUNGSTELLUNG AN

Die Rechnung soll an untenstehende Person geschickt werden  Die Rechnung soll an mich selbst geschickt werden

Ich wünsche eine Kopie der Rechnung  Ich benötige keine Kopie der Rechnung

Name	Vorname	
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort	
Beziehungsgrad	E-Mail	
Telefon Privat	Mobile	Geschäft