

ANFRAGE DER AUFNAHMEDATEN

Anfrage von: _____ am: _____

Auf der Warteliste als dringend zu melden: Nein Ja ab: _____

PERSONENBEZOGENE DATEN:

Anschrift: Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: _____

Herkunftsgemeinde: _____

Wohngemeinde: _____
(Angeschlossene Gemeinden: Cugnasco-Gerra, Lavertezzo, Gordola, Tenero-Contra, Mergoscia e Verzasca)

Nationalität / Sprache: _____ / _____

Ausländerausweis: _____ (Bitte fügen Sie eine Fotokopie bei)

Persönliche Situation: Unverheiratet Verheiratet Geschieden Witwe

Hilflosenentschädigung: Nicht erhalten leichten Grades mittleren Grades schweren Grades

Rendite Bewohner: AHV: Ja Nein Ergänzungsleistung (EL): Ja Nein

IV: Ja Nein Sonstige: Ja Nein

Name des Ehepartners: _____

Hausarzt: _____ Gewünschter Arzt: _____

Religion: _____

Ehemaliger Beruf: _____ Bildungsabschlüsse: _____

AUFENTHALTSDATEN:

Herkunft: _____ Herkunftsinstitution: _____

Grund für den Eintritt: _____

FAMILIENADRESSEN:

Verwandtschaftsgrad /
Freundschaft: _____ Name und Vorname: _____

Adresse: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

Verwandtschaftsgrad /
Freundschaft: _____ Name und Vorname: _____

Adresse: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

Verwandtschaftsgrad /
Freundschaft: _____ Name und Vorname: _____

Adresse: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

DATEN DER KRANKENVERSICHERUNG:

Krankenversicherung: _____ Sektion von: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Kartenummer: _____

RECHNUNGS- UND KORRESPONDENZADRESSE:

Verwandtschaftsgrad /
Freundschaft: _____

Name und Vorname: _____

Adresse: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ / _____ / _____

WÜNSCHE:

Telefon: Ja Nein

Direkte Linie nach außen: Ja Nein

Fernsehen: Ja Nein

INFORMATIONEN VOR DEM HEIMAUFENTHALTE:

Alleinlebend: Nein Ja _____

In den letzten 5 Jahren war er/sie bereits in: diesem Institut einem anderen Pflegeheim einer anderen Institution

einer psychiatrischen Anstalt einer Einrichtung für psychische Störungen

weder in dem einen noch im anderen

Haushaltshilfe: Nein Ja, namentlich: _____

Ort und Datum:

**Unterschrift des Bewohners oder
gesetzlichen Vertreters:**
