

Anmeldung für das Alterszentrum Rinau Park

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____ AHV - Nr. _____

Heimatort _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Wohnhaft in Kaiseraugst seit _____

Ärztliche Betreuung/ Krankenkasse

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung _____

Kontaktperson

1. Person/Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname _____

Strasse _____

Wohnort _____

Telefon _____

Art des Bezugsverhältnisses _____

2. Person/Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname _____

Strasse _____

Wohnort _____

Telefon _____

Art des Bezugsverhältnisses _____

Anmeldung

Grund _____

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Weiter AngabenErhalten Sie bereits eine Hilfloosenentschädigung? JA NEINErhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen JA NEIN

Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Ort _____

Bemerkungen _____

Unterschrift

Der/die Unterzeichnende (n) nimmt/ nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Alterszentrum Rinau Park ein separater Betreuungsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vertreter des Bewohners/ Rechnungsempfänger

Ort, Datum _____ Unterschrift _____