



Anmeldeformular für den Eintritt

Bitte das Formular vollständig und leserlich ausfüllen
sowie Kopien von ID/Pass und Krankenkassenkarte beilegen

- Daueraufenthalt
 Temporäraufenthalt (mind. 2 Wochen bis max. 3 Monate)

Personalien / allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Mobile-Nr.: _____
Zivilstand: _____ Konfession: _____
Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____
Steuerort: _____

Patientenverfügung: ja nein Mahlzeitendienst vorher: ja nein

Vorsorgeauftrag: ja nein

Telefonanschluss im Zimmer gewünscht: ja nein

Eintritt aus Spital

Eintritt von zu Hause ohne Spitex

Eintritt von zu Hause mit Spitex

Eintritt aus anderem Altersheim / andere Institution

Hausarzt Zur Vermittlung eines neuen Hausarztes kontaktieren Sie bitte die Leitung Pflege.

Name/Vorname: _____ PLZ/Ort: _____

Finanzielles

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson (bitte auf nächster Seite angeben)



Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

(Versand Angehörigen-Infos, Einladungen etc.)

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

2. Bezugsperson (optional)

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

3. Bezugsperson (optional)

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Finanzen (Rechnungsempfänger)

Name: _____
Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Sie ermächtigen die zuständigen Personen der WirnaVita AG beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Mitarbeitenden der WirnaVita AG sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Wir verweisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Datum: _____

Ausgefüllt durch: _____