



CADONAU

DAS SENIORENZENTRUM

Anmeldeformular Pflege und Betreuung

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ / Ort	_____
Geb. Dat.	_____	Gemeinde	_____
Telefon	_____	Natel	_____
E-Mail	_____	Soz.Vers.Nr.	_____
Heimatkanton	_____	Heimatort	_____
Konfession	_____	Zivilstand	_____
Aktueller Wohnsitz	_____	seit	_____

Angaben zur Partnerin oder zum Partner

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einbettzimmer | <input type="checkbox"/> Tagesstätte |
| <input type="checkbox"/> Paareinheit | <input type="checkbox"/> Nachtstätte |
| | <input type="checkbox"/> Station für Menschen mit Demenz |

Ferien von _____ bis _____

Annullierung bis mind. 7 Tage vor Antritt ohne Kostenfolge - CHF 114.-/Tag - möglich

Im CADONAU ist freie Arztwahl gewährleistet.

Name und Adresse Ihrer/s Hausärztin/Hausarztes _____

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| Beziehen Sie Spitexleistung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte |
| | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Besitzen Sie eine Patientinnen-/Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



CADONAU

DAS SENIORENZENTRUM

Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag Ja Nein

Beiständin/Beistand/Vorsorgebeauftragte/-beauftragter/Bevollmächtigte/Bevollmächtigter
(Bei Vertretungen oder Urteilsunfähigkeit bitte als 1. die gesetzliche Vertretung angeben)

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Natel _____
E-Mail _____

2. Angehörige / Angehöriger

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

3. Angehörige / Angehöriger

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse Grundversicherung (bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen)

Krankenkasse _____ PLZ / Ort _____
Kartenummer _____ Policen-Nr. _____

Rechnungstellung

Wünschen Sie, dass die Heimrechnung direkt über die Bank, mittels Lastschriftverfahren (LSV) bezahlt wird? Ja Nein

Rechnungsadresse: _____

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Sollte sich Ihre Situation ändern, bitten wir Sie uns zu informieren.

Ihre persönlichen Daten werden gemäss Datenschutzgesetz behandelt.

Ablage im Ordner Büro SD. Nach Eintritt definitive Ablage im BW-Dossier beim Empfang.