



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 _____

Bitte beachten Sie, dass bei Eintritt ein Pensionsdepot von CHF 4'000 zu leisten ist.

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.