



Tagesstätte  Wohnung  Zimmer

## Name und Vorname:

## Geburtsdatum:

Mädchenname:

Zivilstand:

Strasse und Wohnort:

Telefon:

AHV-Nummer:

Bürger/in von:

Konfession:

### Lebensform:

alleinstehend

Lebenspartner ausserhalb Heim lebend

Lebenspartner in gleicher Wohneinheit

Lebenspartner im Heim lebend

### Ehe- oder Lebenspartner:

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

### Wohnsitzgemeinde in den letzten 10 Jahren:

von:

bis:

in:

## Gesetzliche Vertretung

keine

Beistandschaft

Name und Vorname:

Strasse und Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

## Rechnungsempfänger:

Selbstverantwortlich

gesetzliche Vertretung

zuständiges Familienmitglied (Name angeben)

Name und Vorname:

Strasse und Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

## Hausarzt:

Name und Vorname:

Strasse und Praxisort:

Telefon:

E-Mail:

## Spezialarzt:

Name und Vorname:

Strasse und Praxisort:

Telefon:

E-Mail:

## Krankenkasse:

Name / Sektion:

Strasse und Ort:

Versicherten-Nummer:

Versichertenkarten-Nummer:

Telefon:

allgemein  1/2-privat  privat

## Erste Bezugsperson:

Name und Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Strasse und Wohnort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

## Zweite Bezugsperson:

Name und Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Strasse und Wohnort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

**Patientenverfügung**  ja  nein

**Vorsorgeauftrag**  ja  nein

**Ergänzungsleistungen:**  ja  nein

**Hilflosenentschädigung**  ja  nein

Post der Bewohnerinnen und Bewohner, die in die Chasa Puntota gesendet wird, werden wir der jeweiligen Empfängerin oder dem jeweiligen Empfänger aushändigen. Wir bitten Sie, bei aller Korrespondenz, die an eine Vertretung gehen soll, eine entsprechende Adressänderung vorzunehmen. Vielen Dank.

Datum:

Unterschrift: