

Bewohnerdaten (letzte Wohnadresse)			
Name:	Vorname:		
Strasse:			
PLZ/Wohnort:	Tel. privat:	Mobile:	
Geb. Datum:			
AHV-Nr:	Bürgerort:		
Zivilstand:	Konfession:		
Vorsorgeauftrag: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ergänzungsleistungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Beistand: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Spitex: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Falls ja bitte eine Kopie beilegen	Grad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer		
Krankenkasse:			Kundennummer:
Klasse:	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat		
Versicherungskartennr.:	(Beginnt mit: 80756)	gültig bis:	
Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen			
Bezugsperson 1. Priorität		Bezugsperson 2. Priorität	
Name/Vorname		Name/Vorname:	
Strasse		Strasse	
PLZ/Wohnort		PLZ/Wohnort	
Tel. u. Mobile		Tel. u. Mobile	
E-Mail		E-Mail	
Beziehungsgrad		Beziehungsgrad	
Rechnungsempfänger:in		Gewünschte Aufenthaltsform	
Name/Vorname		Serata 1: Einzelzimmer <input type="checkbox"/> (mit Zuschlag) 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 3-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> (Reduktion) Beschützte Station für Demenz <input type="checkbox"/> Öggisbüel: 1-Zimmer-Appartement <input type="checkbox"/> 2-Zimmer-Appartement <input type="checkbox"/> Ferienzimmer <input type="checkbox"/> Datum: Tagaktiv: Tagesgast <input type="checkbox"/> gewünschte Tage:	
Strasse			
PLZ/Wohnort			
Tel. u. Mobile			
E-Mail			
Beziehungsgrad			
Hausarzt			
Name, Adresse und Telefonnr.:			
Eintritt von:			
Wählen Sie ein Element aus. Falls Institution/Heim bitte Adresse:			
Wie beurteilen Sie die Dringlichkeit der Aufnahme? nicht dringend <input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> sehr dringend <input type="checkbox"/>			
Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche? Bitte eine Kopie der ärztlichen Diagnose / Verordnung beilegen			
Haben Sie spezielle Essgewohnheiten? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> welche?			
Interne Angaben – Bitte leer lassen -			
Eintrittstag -datum / -zeit: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	Serata 1 <input type="checkbox"/> Zi.- Nr.:	Bett:	AÜP / Akut- Übergangspflege nach Spital <input type="checkbox"/>
	D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ÜP / Überbrückungspflege <input type="checkbox"/>
	E <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		LP/ Langzeitpflege <input type="checkbox"/>
Schnuppertag:	Öggisbüel <input type="checkbox"/> App.N.:		Öggisbüel <input type="checkbox"/>
	Zimmerzuschlag: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		FG / Feriengast <input type="checkbox"/> / von/bis:
Einverständniserklärung Tagaktiv			
Folgende(r) Tag(e) werden für Sie reserviert:			
<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag			
Bei Abmeldungen oder Nichterscheinen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen Tagaktiv			
Ort/Datum:		Unterschrift:	
Spezielle Bemerkungen:			
Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.		Ausgefüllt durch:	