Interessenten- und Anmeldeformular Domicil Bern AG

Name des gewünschten Domicil Standorts	–		
Weitere gewünschte Domicil Standorte	– – –		
Dringlichkeit	☐ **dringend** (alle mit **X** gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden) ☐ **nicht dringend**	**Bemerkungen zum gewünschten Eintrittsdatum** (dringend, vorsorglich...)	

Wohnform / Angebot:	
☐ Umfassende Pflege (UP)	☐ Übergangspflege (UP)
☐ Kompetenzzentrum Demenz	☐ Kurzaufenthalt (UP)
☐ Tageszentrum	☐ Wohnen plus
☐ Wohnen mit Dienstleistungen	Wohnungrösse:

2 Personalien

Anrede	☐ Frau ☐ Herr ☐ divers	**Geburtsdatum**	
Name		**Vorname**	
Geschlecht	☐ w ☐ m ☐ divers	**Zivilstand**	
Adresse		**PLZ / Ort**	
Telefon Festnetz		**Telefon Mobile**	
E-Mail			

3 Weitere Personendaten x

AHV-Nr.	756._____	**Heimatort**	_____
Schriftenort / NL-Ausweis	_____	**Staatsangehörigkeit**	_____
Konfession	_____	**Muttersprache**	_____

4 Hausarzt / Hausärztin x

Name / Vorname		**Name Praxis**	
Strasse		**PLZ / Ort**	
Tel. Praxis		**E-Mail Praxis**	

5 Bezugspersonen

1. Bezugsperson	☐ Korrespondenzadresse ☐ Rechnungsadresse ☐ gesetzliche Vertretung	**Beziehung**	☐ Ehepartner/in ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder ☐ Enkelkind ☐ Bekannte ☐ gesetzliche Vertretung ☐ andere: _____
Name / Vorname		**Telefon Festnetz**	
Strasse		**Telefon Mobile**	
PLZ / Ort		**E-Mail**	

2. Bezugsperson	☐ Korrespondenzadresse ☐ Rechnungsadresse ☐ gesetzliche Vertretung	**Beziehung**	☐ Ehepartner/in ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder ☐ Enkelkind ☐ Bekannte ☐ gesetzliche Vertretung ☐ andere: _____
Name / Vorname		**Telefon Festnetz**	
Strasse		**Telefon Mobile**	
PLZ / Ort		**E-Mail**	

6 **Krankenkasse** (Kopie der Krankenkassenkarte) x

Krankenkasse Grundversicherung	_____	**Versichertennummer** Grundversicherung	_____
Krankenkasse Zusatzversicherung	_____	**Versichertennummer** Zusatzversicherung	_____

7 Ergänzungsleistungen, Verfügungen und weitere Angaben x

☐ Bereits EL-Bezüger/in (EL Verfügung vorhanden)	☐ EL wird beantragt (UP) ☐ ja ☐ nein
☐ EL beantragt am: _____	☐ Bezieht Hilflosenentschädigung: Welche Stufe?_____
☐ Vorsorgeauftrag vorhanden ☐ ja ☐ nein	☐ Patientenverfügung vorhanden ☐ ja ☐ nein

8 Beilagen x

☐ Kopie Krankenkassenkarte oder Police
☐ Arztzeugnis oder Arztbericht bei dringender Umfassender Pflege, Übergangspflege oder Kurzaufenthalt
☐ Kopie letzte aktuelle Verfügung der Ergänzungsleistung
☐ Kopie Vorsorgeauftrag / gesetzliche Vertretung, sofern vorhanden
☐ Kopie Patientenverfügung, sofern vorhanden
☐ Kopie aktuelle Steuerbescheinigung

9 Bemerkungen / besondere Hinweise

10 Bestätigung und Unterschrift x

Ort / Datum	**Unterschrift der anmeldenden Person**	**Unterschrift der gesetzlichen Vertretung**

Concara Kontaktcenter, Untermattweg 22, 3027 Bern

Telefon 031 307 20 65, www.domicilbern.ch

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an info@concara.ch (HIN-Secured)