

Einzugsformular Domicil

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Umfassende Pflege (UP)
(def. Einzug) | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (UP) | <input type="checkbox"/> Übergangspflege (UP) |
| <input type="checkbox"/> Wohnen mit DL | <input type="checkbox"/> Wohnen plus | <input type="checkbox"/> Gästezimmer |
| | | <input type="checkbox"/> Tageszentrum |

Personalien

Name	Vorname	
Geb. Datum	Geschlecht	Muttersprache
Heimatort	Schriftenort (NL-Ausweis)	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel.Nr.	E-Mail	
Zivilstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
AHV-Nr.	Einzugsdatum	
Vertrag (Datum) (Domicil)	Zimmer-Nr. (Domicil)	

Hausarzt (bei Einzug)

Name/Vorname	Str.	Tel. Praxis
Name Praxis	PLZ/Ort	Tel. Mobile
	Fax	E-Mail Praxis

1. Bezugsperson (Bezugsperson für Korrespondenz)

Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile
		E-Mail

2. Bezugsperson

Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile
		E-Mail

Rechnungsadresse

	<input type="checkbox"/> Wie 1. Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Wie 2. Bezugsperson
Name/Vorname	Str.	Tel. Privat
*Beziehung	PLZ/Ort	Tel. G/Mobile

Krankenversicherer KVG

Name	Policen-Nr.
	EAN-Nr. (20 Ziffern)

Krankenversicherer VVG

Name	Policen-Nr.
	EAN-Nr. (20 Ziffern)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bereits EL-Bezüger (UP) | <input type="checkbox"/> Wird EL beantragen (UP) | <input type="checkbox"/> EL beantragt (Datum) |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden | <input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag vorhanden | <input type="checkbox"/> Bezieht Hilflosenentschädigung |

**Bitte dem Formular beilegen: Kopie Krankenversicherungsausweis/ -police
Letzte aktuelle Verfügung der Ergänzungsleistung**
(wenn eine EL verfügt wurde)

03.04.2024