

Anmeldung

Bitte schicken Sie dieses Formular per Post an:
Spitäler fmi AG, Seniorenpark Frutigen, Adelbodenstrasse 27, 3714 Frutigen
oder als Scan per E-Mail an info@seniorenparkfrutigen.ch

Bewohner:in Frau Herr

Name/Zweitname/Vorname

Strasse/Nr.

AHV-Nr.

PLZ/Ort

Zivilstand ledig verh. verw. gesch. getr.

Tel. Privat

Geburtsort

Nationalität

Mobile

Heimatort

Geburtsdatum

Steuergemeinde/Ort/Schriften

Konfession ref. kath.-röm. kath.-christ. jüdisch mosl. keine andere:

Besuch Pfarrperson Ja Nein

Entscheidungsberechtigte Angehörige

Ehepartner Sohn/Tochter Andere

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Mobile

E-Mail

Korrespondenz allgemein

Weitere Angehörige

Ehepartner Sohn/Tochter Andere

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Mobile

E-Mail

Korrespondenz allgemein

Bevollmächtigter Vertreter **Beistand** (Bitte Ernennungsurkunde beilegen)

Name/Vorname

Telefon

Mobile

Strasse/Nr.

E-Mail

PLZ/Ort

Bemerkungen

Korrespondenz allgemein

Hausarzt

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Zahnarzt

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

PLZ/Ort

Versicherten-Nr.

KK-Karten-Nr. 807560

Haftpflichtversicherung

Name der Gesellschaft

PLZ/Ort

Policen-Nr.

Rechnungsempfänger

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung Ja Nein Stufe: leicht mittel schwerBeziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? Ja NeinFrüherer Aufenthalt bei uns? Ja Nein Wenn ja, in welchem(n) Jahr(en)? Eintritt dringend Warteliste vorsorglich Demenz-Station/Wohngruppe**Ort/Datum****Name/Vorname**

Bitte leer lassen (wird von der Institution ausgefüllt)

Eintrittsdatum:

Zeit:

Station/Wohngruppe:

Zimmer: