



Günschmatte  
zfride wohne

## Anmeldeformular

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
PLZ des Heimatorts \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_

### Angehörige nach Priorität

#### Angehörige/r 1

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen  
RechnungsempfängerIn

nur tagsüber       auch nachts  
 Ja       Nein

#### Angehörige/r 2

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen  
RechnungsempfängerIn

nur tagsüber       auch nachts  
 Ja       Nein

#### Angehörige/r 3

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_



Günschmatte  
zfride wohne

Benachrichtigung in Notfällen

nur tagsüber

auch nachts

RechnungsempfängerIn

Ja

Nein

### Angehörige/r 4

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Mobile

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_

Benachrichtigung in Notfällen

nur tagsüber

auch nachts

RechnungsempfängerIn

Ja

Nein

### Krankenkasse

Name

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Vers. Nr.

\_\_\_\_\_

Vers. Kartennr. 8075

\_\_\_\_\_

Gültig bis

\_\_\_\_\_

► Bitte legen Sie eine Kopie Ihrer **Krankenkassenkarte** bei (Vor- und Rückseite).

### Hausarzt

Name

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

### Zahnarzt

Name

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

### RechnungsempfängerIn

Bitte füllen Sie diesen Bereich nur aus, falls keine der oben aufgeführten Angehörigen, die Rechnungen empfängt.

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Mobile

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_



Günschmatte  
zfride wohne

## Gesetzliche Vertretung

Beistand                       Vormund

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____	Mobile	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaftsgrad	_____

## Patientenverfügung

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?                       Ja                                       Nein

## Vorauszahlung

Kann geleistet werden bis                                       Ja                                       Nein

## Zusätzliche Leistungen

### Anschlüsse

- Telefonanschluss über das Haus (Fr. 37.00 pro Monat)
- Fernsehanschluss über das Haus (Fr. 37.00 pro Monat)

### Fahrdienst

Mit unserem Heimauto (mit Rollstuhlplatz) bieten wir unseren Bewohnenden einen Fahrdienst an. Für die Begleitung mit dem Heimauto ins Dorf (z.B. Arztbesuche) verrechnen wir Pauschal CHF 18.–. Fahrten ausserhalb des Dorfes (z.B. Spital, Zahnarzt in Interlaken) verrechnen wir CHF 1.50 n. Kilometer und Minuten.

- Allfällige Fahrten übernimmt das Alters- und Pflegeheim Günschmatte.
- Allfällige Fahrten übernimmt eine angehörige Person.

➤ Name und Telefonnummer der angehörigen Person:

---



Günschmatte  
zfride wohne

## Anmeldung

Bitte geben Sie den Zweck der Anmeldung an.

vorsorglich     definitiv     Ferien

Gewünschter  
Eintrittstermin

---

## Wünsche und Anregungen

---

---

## Unterschrift

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

---

Unterschrift in Blockschrift