



Wohnen - Pflegen – Leben

Persönliche Daten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Konfession _____

Beruf _____

Zivilstand _____

Bürgerort _____

AHV/IV Nummer _____

Gemeldet in (Adresse) _____

Gesetzlicher Wohnsitz (PLZ und Ort) _____

Gesetzlicher Vertreter

Beistand / Vormund

Name, Adresse, Telefonnummer _____

Kontaktpersonen

Kontaktperson z. B. Familie, Partner, Angehörige

Name, Adresse, Telefonnummer, Funktion _____

Versicherungen

Krankenkasse

Name, Agentur, Adresse, Telefonnummer _____

Unfallversicherung

Name, Agentur, Adresse, Telefonnummer _____

Haftpflichtversicherung

Name, Agentur, Adresse, Telefonnummer _____

Arbeitsstelle**Ganztags / Halbtags**

Name und Adresse des Arbeitgebers,
Telefonnummer

Einkünfte in Fr.

IV Rente in Fr.

Erwerbseinkünfte / Lohn in Fr.

Auslagen

Pensionskosten des Wohnplatzes im Casa
OmBra bez. andere Verpflichtungen werden
bezahlt von Name und Adresse:

Kostengutsprache eingeholt

Name und Adresse, Datum, gültig bis

Psychiatrische Nachbetreuung**Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiater**

Name und Adresse, Telefonnummer

Soziale Nachbetreuung

Name und Adresse, Telefonnummer

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Diagnose

Medikamente**Aktuelle vom Arzt verordnete Medikamente**

mit (mg) Angaben und Einnahme pro Tag

Klinikaufenthalte

Von bis in der Klinik _____

Letzter Klinikaufenthalt

Von bis in der Klinik _____

Allgemeines

Der/die Unterzeichnete erklärt sich bereit in das Casa OmBras einzutreten. Vertragsbedingungen, Pensions- – und Betreuungsvertrag / ev. Zusatzvertrag, sowie die Hausordnung müssen eingehalten werden.

Unterschriften

Unterschrift Bewerberin

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ort und Datum

Ort und Datum

Datenschutz

Ihre Angaben behandeln wir äusserst vertrauensvoll. Wir unterstehen der Schweigepflicht.

Bemerkung

Haben Sie ein Anliegen oder etwas übersehen das Ihnen wichtig ist? Hier können Sie es anbringen. Danke!

Bemerkungen
