

Aufnahmeformular

☐ Stationäraufenthalt ☐ Kurzetaufenthalt ☐ Kur- und Entlastungsaufenthalt

Angaben zu Ihrer Person:

Name Vorname		Strasse	
PLZ Ort		Tel. Nummer	
E-Mailadresse		Geburtsdatum	
Zivilstand		Konfession	
Krankenkasse		AHV-Nr.:	
KK Karten Nr.:		KK Vers. Nr	
Hausarzt: Name, Praxisname Adresse Tel Nummer. E-Mail			

☐ Ich besitze ein EPD und möchte der Pflegeklinik Eden Zugriff gewähren.

Notfallkontakt (Vertragsbestandteil):

Vorname Name:	
Strasse, Nr, PLZ, Ort:	
Tel Nummer (P, G, Mob):	
E-Mailadresse:	

Weitere Bezugspersonen:

Name, Tel Nr, Beziehung	
Name, Tel Nr, Beziehung	
Name, Tel Nr, Beziehung	

Administratives:

Eintritt am:		Zimmer Nr	
Rechnungsempfänger: Name Adresse Bankverbindung			
IBAN (für die Rückerstattung der Sicherheitsleistungen)			
Bemerkungen: zB: benötigte Hilfsmittel, Kost- form, Unverträglichkeiten, wich- tige Infos für die Pflege etc			

Datum, Unterschrift:

Durch ihre Unterschrift bestätigt die Bewohnerin/der Bewohner bzw. die bevollmächtigte Vertretung, dass die Angaben vollständig und korrekt sind