

Finanzen:

Ja, die finanziellen Angelegenheiten werden selbständig erledigt

→ Sie empfangen die Rechnung

Nein, die finanziellen Angelegenheiten erledigt nachfolgende Vertretungsperson

→ die Rechnung empfängt nachfolgende Person

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Post:

Werden ankommende Briefsendungen selber bearbeitet? Ja Nein

Wenn Nein, wer bearbeitet diese?

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Beziehung _____

→ **Bitte Umleitung der Briefsendung veranlassen.**

Telefon:

Wünschen Sie einen Festnetzanschluss? (Kosten mtl. 30.- CHF) Ja Nein

- Wenn ja, möchten Sie Ihre Tel. Nr. von zu Hause mitnehmen? (einm. 80.- Fr) Ja Nein

- Wenn ja, bei welchem Anbieter sind Sie jetzt? _____

- Wie lautet die Telefonnummer? _____

Pflegerische Unterstützung Zuhause:

Benötigen Sie Zuhause Unterstützung durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Wenn Ja, Kontaktdaten

Organisation _____ Name _____

Strasse _____ PLZ und Ort _____

Telefon _____

Einzureichende Unterlagen:

- Kopie Identitätskarte oder Pass
- Kopie Krankenkassenkarte

sofern vorhanden:

- Kopie des Vorsorgeauftrages ist in Arbeit möchte keinen
- Kopie der Patientenverfügung ist in Arbeit möchte keine

→ wenn **keine** Patientenverfügung vorhanden ist, bitte medizinische Vertretungsperson angeben, welcher vollständig Auskunft gegeben werden darf.

Name: _____

Beziehung: _____

Vorname: _____

Mobile/ Tel.: _____

Ort, Datum

Unterschrift der medizinischen Vertretungsperson

Hiermit bestätige ich, dass alle Daten korrekt sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt.