

# Kurzaufenthalt



- Tag & Nacht 219.90
- Tagesaufenthalt 140.00
- Nachtaufenthalt 140.00

Wochentag & Zeitraum \_\_\_\_\_

## Meine Angaben

Name _____	Zivilstand _____
Vorname _____	Heimatort _____
Adresse _____	AHV-Nummer _____
PLZ _____	Krankenkasse _____
Ort _____	Vers. Nummer _____
Telefon _____	lange Vers.Nr. _____
Geburtsdatum _____	Zusatzvers. _____
Hausärztin / Hausarzt _____	

## Aktueller Aufenthaltsort

- Zuhause
- Übergangspflege
- Spital
- bei Angehörigen

## Anmeldung für segregativer Wohnbereich?

(Für Menschen mit kognitiven Veränderungen, wie z.B. Demenz)

- Ja
- Nein

## Beanspruchte Sozialleistungen / Pensionsleistungen

- AHV
- IV
- Ergänzungsleistung
- Hilflosenentschädigung
- Pensionskasse

## Angaben Bezugsperson oder Angehörigen

Beziehung \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Beziehung \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

## Rechnungsempfänger / Beistand

Beziehung \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Beziehung \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Die angemeldete Person oder deren Beistand bestätigt die Richtigkeit der Angaben und akzeptiert die allgemeinen Bedingungen und Tarife der „Kurzaufenthalt“. Ebenfalls erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten bei der Alterszentrum Heimberg AG bis auf Widerruf hinterlegt werden. Bitte eine Kopie vom Familienbüchlein und der Niederlassungsbewilligung beilegen.