

Anmeldeformular Alterswohnen Basis und Plus

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Lindenhof, Hauptstrasse 205, 2552 Orpund oder per E-Mail an info@vivale-lindenhof.ch. Besten Dank.

1 Kontaktdaten

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr. 756.
Heimatort / Nationalität	Konfession
Zivilstand	

2 Aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Wohnhaft seit

3 Gesetzliche Vertretung (Rechtsdelegation)

☐ Keine ☐ Beistandschaft / Vorsorgebeauftragte/-r (Bitte Kopie Verfügung / Vorsorgeauftrag beilegen)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	

4 Rechnungsempfänger/-in (falls nicht Pensionär/-in)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Beziehung zu Pensionär/-in

5 Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail

6 Krankenversicherung (bitte Kopie der Karte beilegen)

Krankenversicherung	Sektion / Ort
Versicherten-Nr.	
Versicherung mit Hausarzt-Modell abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie von Krankenversicherungskarte (beidseitig) beigelegt	

7 Spitex (falls involviert)

Name	Kontaktperson
Strasse	PLZ Ort
Telefon	E-Mail

8 Angehörige / Notfallkontakte

Erste Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ____ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ____ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

Zweite Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ____ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ____ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

9 Verfügungen / Bestätigungen / Finanzierung (bitte Kopie beilegen)

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung AHV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bezahlung der Rechnung mit LSV+	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Separate Einbruchsachversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen
Unfallversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen
Elektronisches Patientendossier	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein

10 Kontoinformationen

Name des Finanzinstituts

Adresse

IBAN Nr.

Lautend auf

11 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Internet
- ☐ Angehörige / Freunde / Bekannte
- ☐ Beratung (Pro Senectute, Sozialdienst Spital, Spitex, Hausarzt/-ärztin usw.)
- ☐ Bewohnende/-r oder Pensionär/-in Vivale Lindenhof
- ☐ Öffentlicher Anlass im Haus / Messe / Ausstellung
- ☐ Zeitungsinserat
- ☐ Auf Empfehlung von:
- ☐ Anderes:

12 Gewünschter Einzugstermin

☐ Anmeldung erfolgt vorsorglich

☐ Eintritt gewünscht per _____

Datum _____

Unterschrift _____