

Nachname: _____ Ledigname: _____

Vorname: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Zivilstand: _____ Telefon-Nr.: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

AHV-Nummer (SV) 13-stellig: _____

Heimatort: _____

In Nottwil wohnhaft seit: _____

Schriften deponiert in: _____

Krankenkasse

Name: _____

Adresse: _____

Policen-Nummer: _____

Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Rechnungsempfänger (Heim-/Arztrechnung)

Name: _____

Adresse: _____

Definitiver Eintritt **Kurzzeitaufenthalt** (mind. 14 Tage, max. 60 Tage) **Tagesgast**

Vorauszahlung: Fr. 4'000.00 bei definitivem Eintritt

Gewünschter Eintrittstermin _____

- Beziehen Sie Ergänzungs-Leistungen (EL) zur AHV? Ja Nein
- Beziehen Sie eine Hilflosen-Entschädigung zur AHV oder IV: Ja Nein
- Treten Sie unserer Privathaftpflicht-/Hausratversicherung bei (Fr.6.--/Mt). ? Ja Nein
- Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein
- Haben Sie einen Vorsorgeauftrag? Ja Nein
- Falls nein, ist die Stellvertretung geregelt? Ja Nein
- COVID-19 geimpft? Ja Nein

Adressen von Angehörigen

Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Bezugsart	_____
Wohnort	_____	E-Mail	_____
Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Bezugsart	_____
Wohnort	_____	E-Mail	_____
Name	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Bezugsart	_____
Wohnort	_____	E-Mail	_____

- Wünschen Sie**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenen Telefonanschluss | <input type="checkbox"/> Eigenen Kellerschrank |
| <input type="checkbox"/> Eigenen TV-Anschluss | <input type="checkbox"/> Eigenen Briefkasten |
| <input type="checkbox"/> Eigenen Zimmerschlüssel | |

Wer hat den Schlüssel? _____

Haben Sie einen eigenen Kühlschrank? (Kosten Fr. 15.00 / Monat) Ja Nein

Haben Sie ein Zeitungsabonnement (Frühzustellung oder per Post)? _____

Bringen Sie eigene Hilfsmittel mit (Rollator/Rollstuhl)? _____

Bemerkungen, Wünsche _____

 Ort und Datum

 der Gesuchsteller oder gesetzliche Vertreter
 (nicht zutreffendes streichen)