Gäste Stammbblatt Appartement

Betrieb: Tertianum

1) Personalien

Name:	_____	Zivilstand:	_____
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Korrespondenz- sprache:	☐ DE ☐ FR ☐ IT	Zivilrechtlicher Wohnsitz	_____
Strasse/Nr.:	_____	Wohnsitzwechsel geplant?	☐ Ja ☐ Nein (Wohnsitzbescheinigung notwendig)
PLZ/Ort:	_____	Konfession:	_____
Telefon-Nr.:	_____	Heimatort:	_____
Mobile*:	_____	Beruf*:	_____
E-Mail*:	_____	ID-Ausweis:	Bitte Kopie, Vorder- und Rückseite
Nationalität:	_____		

2) Bankverbindung

Kontoinhaber:	_____
<small>(muss nicht gleich Gast sein)</small>	
Bank-/Postkonto:	_____
IBAN-Nr.:	_____
	Bitte Kopie Bankkarte

3) Eintritt

Eintrittsdatum:	_____
Vertragsbeginn:	_____
Appartement Nr.:	_____
Spitex-Bedarf:	☐ Ja ☐ Nein

4) Patientenverfügung / Sterbehilfe / Beistand

Patientenverfügung:	☐ Ja (Bitte Kopie) ☐ Nein
Vorsorgeauftrag:	☐ Ja (Bitte Kopie) ☐ Nein
Mitglied Sterbe- hilfeorganisation	☐ Ja ☐ Nein
Welche:	_____
Beistandschaft:	☐ Ja (Bitte Kopie) ☐ Nein

5) Krankenkassenkarte Grundversicherung

Versicherungsart*:	☐ allgem. ☐ halbprivat ☐ privat
Name der KK:	_____
Mitglieder-Nr.:	_____
Sozialvers.-Nr.:	_____
Karten-Nr.:	_____
Ablaufdatum:	_____
	Bitte Kopie, Vorder- und Rückseite

6) Rechnung von Tertianum geht an

Rechnungs- empfänger:	☐ Gast ☐ Andere
Name/Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____
PLZ/Ort:	_____
Beziehung:	_____
Vorsorgebeauftragt:	☐ Ja ☐ Nein

7) Hausarzt

Name:	_____
Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____
PLZ/Ort:	_____
Macht er/sie Hausbesuche im Tertianum*:	☐ Ja ☐ Nein

* Optionale Felder

8) Haftpflichtversicherung

Versicherung: _____ Adresse*: _____
Policen-Nr.: _____ Telefon-Nr.*: _____

9) Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Nefte, usw.)

Bitte in der Reihenfolge, wie sie bei Notfällen zu benachrichtigen sind.

Bezugsperson 1

Beziehung: _____
Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____

Bezugsperson 2

Beziehung: _____
Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____

Bezugsperson 3

Beziehung: _____
Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____

Bezugsperson 4

Beziehung: _____
Name/Vorname: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____
E-Mail: _____

* Optionale Felder

Datenschutz

Die Gesellschaft bearbeitet die Daten eines Gastes ausschliesslich zur Erbringung der vereinbarten Leistungen, insbesondere betreffend Appartement, Pflege und medizinischer Betreuung. Dies kann auch die Weitergabe bestimmter Daten an Dritte, wie z.B. Ärzte, Versicherungen, Angehörige, Garanten oder an andere Betriebsteile der Gesellschaft beinhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Gastes / Garanten