**Gäste Stammblatt**

Betrieb: Tertianum Krone

|  |
| --- |
| **1) Personalien** |
| Name: |  |  | Zivilstand: |  |
| Vorname: |  |  | Geburtsdatum: |  |
| Korrespondenz-sprache: |  |  | Zivilrechtlicher Wohnsitz |  |
|  |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | Wohnsitzwechsel geplant? | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| PLZ/Ort: |  |  |
| Telefon-Nr.: |  |  | Konfession: |  |
| Mobile\*: |  |  | Heimatort: |  |
| E-Mail\*: |  |  | Beruf\*: |  |
|  |  |  | ID-Ausweis\*: | Bitte Kopie, Vorder- und Rückseite |
|  |  |  |  |  |
| **2) Bankverbindung** |  |  | **3) Eintritt** |  |
| Kontoinhaber:(muss nicht gleich Gast sein) |  |  | Eintrittsdatum: |  Zeit:  |
|  |  | Vertragsbeginn: |  |
| Bank-/Postkonto: |  |  | Eintritt von: | [ ]  zu Hause [ ]  Krankenhaus |
| IBAN-Nr.: |  |  |  | [ ]  Andere [ ]  Sozialm. Instit. |
|  | Bitte Kopie Einzahlungsschein |  | Vertragsart\*: | [ ]  Pflegevertrag [ ]  Pensionsvertrag |
|  |  |  | Dauer\*: | [ ]  Unbefristet [ ]  Kurzaufenthalt |
|  |  |  |  |  |
| **4) Patientenverfügung / Sterbehilfe / Beistand** |  | **5) Krankenkassenkarte Grundversicherung** |
| Patientenverfügung: | [ ]  Ja (Bitte Kopie) [ ]  Nein  |  | Versicherungsart\*: | [ ]  allgem. [ ]  halbprivat [ ]  privat |
| Vorsorgeauftrag: | [ ]  Ja (Bitte Kopie) [ ]  Nein  |  | Name der KK: |  |
| Mitglied Sterbe-hilfeorganisation |  |  | Mitglieder-Nr.: |  |
| [ ]  Ja (bitte Kopie) [ ]  Nein  |  | Sozialvers.-Nr.: |  |
| Welche: |  |  | Karten-Nr.: |  |
|  |  |  | Ablaufdatum: |  |
| Beistandschaft: | [ ]  Ja (Bitte Kopie) [ ]  Nein  |  |  | Bitte Kopie, Vorder- und Rückseite |
|  |  |  |  |  |
| **6) Rechnung von Tertianum geht an** |  | **7) Hausarzt** |
| Rechnungs-empfänger: |  |  | Name: |  |
| [ ]  Gast(bitte Kopie [ ]  Andere  |  | Vorname: |  |
| Name/Vorname: |  |  | Strasse/Nr.: |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | PLZ/Ort: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | Macht er/sie Hausbesucheim Tertianum\*: |  |
| Beziehung: |  |  |  |
| Vorsorgebeauftragt: | [ ]  Ja (bitte Kopie) [ ]  Nein  |  | [ ]  Ja (bitte Kopie) [ ]  Nein  |

\* Optionale Felder

|  |
| --- |
| **8) Haftpflichtversicherung** |
| Versicherung: |  |  | Adresse\*: |  |
| Policen-Nr.: |  |  | Telefon-Nr.\*: |  |
|  |  |  |  |  |
| **2) Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe, usw.)** Bitte in der Reihenfolge, wie sie bei Notfällen zu benachrichtigen sind. |
|  |  |  |  |  |
| **Bezugsperson 1** |  |  | **Bezugsperson 2** |  |
| Beziehung:Name/Vorname: |  |  | Beziehung: |  |
|  |  | Name/Vorname: |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | Strasse/Nr.: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | PLZ/Ort: |  |
| Tel. Privat: |  |  | Tel. Privat: |  |
| Tel. Geschäft: |  |  | Tel. Geschäft: |  |
| Mobile: |  |  | Mobile: |  |
| E-Mail: |  |  | E-Mail: |  |
|  |  |  |  |  |
| **Bezugsperson 3** |  |  | **Bezugsperson 4** |  |
| Beziehung: |  |  | Beziehung: |  |
| Name/Vorname: |  |  | Name/Vorname: |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | Strasse/Nr.: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | PLZ/Ort: |  |
| Tel. Privat: |  |  | Tel. Privat: |  |
| Tel. Geschäft: |  |  | Tel. Geschäft: |  |
| Mobile: |  |  | Mobile: |  |
| E-Mail: |  |  | 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 |