

# TERTIANUM

## Gästestammblatt Appartement – Nr.:

### 1. Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Sozialvers.–Nr.: \_\_\_\_\_  
Zivilrechtlicher Wohnsitz vor Einzug in Tertianum  
Residenz : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
(Adresse & Telefon-Nr.) \_\_\_\_\_  
Mitglieder-Nr. KK: \_\_\_\_\_  
Karten-Nr. KK: \_\_\_\_\_  
Versicherungsart:  
 allgemein     halbprivat     privat

Haftpflicht-versicherung:  
Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Zugezogen von:  
(Adresse & Telefon-Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

### 2. Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Sozialvers.–Nr.: \_\_\_\_\_  
Zivilrechtlicher Wohnsitz vor Einzug in Tertianum  
Residenz : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
(Adresse & Telefon-Nr.) \_\_\_\_\_  
Mitglieder-Nr. KK: \_\_\_\_\_  
Karten-Nr. KK: \_\_\_\_\_  
Versicherungsart:  
 allgemein     halbprivat     privat

Haftpflicht-versicherung:  
Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Zugezogen von:  
(Adresse & Telefon-Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eintrittsdatum:  
(falls bekannt) \_\_\_\_\_

# TERTIANUM

Gewünschter Text auf Namensschild Eingangstüre und Briefkasten:

Besitzen Sie bereits eine Patientenverfügung?

1. Person:  ja  nein

2. Person:  ja  nein

Hausarzt

Macht er/sie Hausbesuche in der Residenz?

ja  nein

Name:

Telefon-Nr.:

Vorname:

Fax-Nr. (evtl.):

Strasse:

E-Mail (evtl.):

PLZ/Ort:

Natel-Nr. (evtl.):

ZSR-Nr:

GLN-Nr.:

Eventuell benötigte Hilfsmittel (z.B. persönlicher Alarm, Rollator etc.):

Kontakt-/Bezugspersonen\* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe usw.)

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

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson*	3. Bezugsperson*
Beziehung:	Beziehung:	Beziehung:
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
Strasse/PLZ/Ort:	Strasse/PLZ/Ort:	Strasse/PLZ/Ort:
Telefon-Nr.	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Privat:	Privat:	Privat:
Geschäft:	Geschäft:	Geschäft:
Natel:	Natel:	Natel:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:

**Befugt zur Vertretung bei Urteilsunfähigkeit des Gastes ist:**

---

---

**Rechnungsadresse** (nur ausfüllen, wenn nicht an die eigene Adresse in der Residenz):

---

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

---

## **Datenschutz**

Tertianum bearbeitet die persönlichen Daten unter Wahrung der Bearbeitungsgrundsätze des Datenschutzgesetzes.

Der Gast, der Spitex-Dienstleistungen von Tertianum entgegennimmt, nimmt Kenntnis davon, dass Tertianum im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und/oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Gast hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken. Nimmt der Gast dieses Recht nicht wahr, kann Tertianum dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt der Gast Tertianum, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet Tertianum diesbezüglich vom Arztgeheimnis und der Schweigepflicht.

## **Verbindlichkeit der Anmeldung**

Mit der Unterschrift des Gastes/Garanten gilt diese Anmeldung als definitiv.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Gastes