

Anmeldeformular:

Frau Herr

Name <small>bitte auch Ledigen- name angeben</small>		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Strasse		PLZ/Wohnort (Schriften hinterlegt)	
Heimatort		Heimatkanton	
Geburtsort		Telefon	
Name Ehemann/frau			

Konfession reformiert
 katholisch
 konfessionslos
 andere
 seit _____

Zivilstand ledig
 verh. } seit _____
 gesch. } (Tg/Mt/Jahr)
 verwit. }

**Aufenthalts-
zweck** Daueraufenthalt
 Ferienaufenthalt
 Akut- und Über-
gangspflege

Aufenthaltort vor Eintritt
(am Tag vor Eintritt)

Privathaushalt
 anderes Heim
 Psychiatrische Klinik
 Rehab. Klinik
 Akutspital
 sonstige Einrichtungen

Letzte Adresse (bei)			
Letzter Wohnort		Kanton	

HAUSARZT	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon-Nummer	

KRANKENKASSE	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon-Nummer	
Versicherten-Nr.	807560.....(20 Zahlen)

Bitte wenden *

Erste Bezugsperson

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	E-Mail:		

Weitere Angehörige

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	E-Mail:		

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	E-Mail:		

RECHNUNGSADRESSE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon-Nummer		

Gewünschtes Eintrittsdatum	
-----------------------------------	--

Bemerkungen, Wünsche	
-----------------------------	--

**ALTERS- UND
PFLEGEHEIM ENVIA
TGESA D'ATTEMPOS
E DA TGIRA ENVIA**

Voia Envia 2
7492 Alvaneu-Dorf
Telefon 081 410 41 51
info@en-via.ch
www.en-via.ch



Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise:

Es gelten die jeweiligen vertraglichen Bestimmungen sowie die entsprechende Tarifordnung. Der Aufenthalt wird in einem schriftlichen Vertrag vereinbart. Der/die Bewohnende hat vor dem Eintritt ins Alters- und Pflegeheim envia zur Deckung der privaten Auslagen ein Depot von 6'000 Franken zu hinterlegen. Das Alters- und Pflegeheim envia führt zu diesem Zweck ein spezielles Konto. Das Guthaben wird nicht verzinst. Das Depot ist sowohl beim Daueraufenthalt als auch bei einem vorübergehenden oder befristeten Aufenthalt zu leisten.

Die Haltung von Haustieren im envia ist nicht möglich.