

Anmeldung für einen Kurzaufenthalt in Konolfingen  dringend  vorsorglich

Interessent:in

Name & Vorname

Lediger Name

Strasse, PLZ & Ort

Telefon/Handy

E-Mail

Newsletter

Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Geburtsdatum

Gesetzlicher Wohnsitz

Heimatort

Beruf

AHV-Nr.

Zivilstand

ledig

verheiratet

mit

seit

eigetragene

mit

seit

Partnerschaft

geschieden

von

seit

verwitwet

seit

Konfession

reformiert

katholisch

keine

wenn andere, welche

Vertreter:in

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname

---

Strasse, PLZ & Ort

---

Telefon

P

G

---

E-Mail

---

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Aktueller Hausarzt

Name & Ort

---

Patientenverfügung

Ja

erstellt am

---

Nein

Krankenkasse

Name Krankenkasse

---

Versicherungs-Nr.

---

Karten-Nr.

---

Zukünftigen Bewohnenden bieten wir kostengünstig eine kollektive Privathaftpflicht- und Hausratversicherung an. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie aus dem Merkblatt im Internet <https://www.lebensart.ch/de/standorte/konolfingen/wohnanbot/tarife-anmeldung/>

Finanzierung

AHV-Rentner:in

IV-Rentner:in

IV-Anmeldung eingereicht

andere

---

Hilflosen-  
schä- digung

keine

leichten Grades

mittleren Grades

schweren Grades

Ergänzungs-  
leistungen

keine

ja, Bestätigung  
beilegen

Angehörige 1

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschafts-  
grad

Angehörige 2

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschafts-  
grad

Wunsch der Aufenthaltsdauer

von

bis

Grund der Anmeldung mit kurzem Situationsbericht

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Biografische Eckdaten

---

---

---

---

---

---

---

---

## Kontaktperson für Rückfragen und weitere Informationen

Institution

---

Name/Vorname

---

Strasse, PLZ & Ort

---

Telefon

P

G

---

E-Mail

---

## Vollmacht

Der Klientendienst und die verantwortlichen Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart in Konolfingen sowie die Heimärzte werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber den oben genannten Personen ermächtigt.

**Ich bestätige mit der Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen, und erkläre mich mit der Anmeldung für einen Kurzaufenthalt einverstanden:**

Ort, Datum

---

Unterschrift Angemeldete:r

Unterschrift Vertreter:in

---

---