



Spital- und Pfründefonds Kandersteg

Luise-Klaiber-Haus

Tel. 07626/9155-0 Fax 9155-42

E-Mail: info@luise-klaiber-haus.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name (Bewohner)

(Nachname)

(Geburtsname)

(Vorname)

Aktuelle Anschrift

(Straße)

(PLZ, Ort)

Telefon

Beruf

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Familienstand

Konfession

Staatsang.

**Betreuer/
Bevollmächtigter**

**Betreuer/
Bevollmächtigter**

(Name, Anschrift, Telefon)

Hausarzt

(Name, Anschrift, Telefon)

Gewünschte Heimaufnahme ab

Zurzeit in welchem Heim/Krankenhaus etc.

Krankenkasse

Vers.-Nr.:

Rezeptgebührenbefreiung

ja

für das Jahr 20_____

nein

Corona-Schutzimpfung vorhanden

ja

nein

Pflegegrad

1

2

3

4

5

†

Kostenträger:

Sozialhilfe

Selbstzahler

Rechnungsempfänger: _____

**Allgemeine Hinweise,
Bemerkungen und
Ergänzungen/Wünsche** _____

Angehörige:

a) Ehegatte _____
(Name, Anschrift, Telefon)

b) Kinder _____
(Name, Anschrift, Telefon)

c) Sonstige _____
(Name, Anschrift, Telefon)

Wir bitten folgendes zu beachten:

Wir empfehlen den Abschluss einer Haftpflicht- und Hausratsversicherung.

Für mitgebrachte Wertgegenstände (z.B. Schmuck) kann keine Haftung übernommen werden. Wir bitten jedoch um Angabe der mitgebrachten Wertgegenstände.

Sofern Sie wünschen, dass die Post von uns weitergeleitet werden soll, werden Ihnen die angefallenen Portokosten weiterberechnet.

Weiterleitung der Post wird gewünscht: ja

_____, den _____

(Unterschrift Antragsteller)