



## Datenblatt

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

Publikation (ja/nein)

---

Zivilstand

Portrait-Foto (digital einreichen)

---

Heimatort

Konfession

---

Nationalität

---

Strasse Hausnr.

---

PLZ Ort

---

Telefon/Mobile

---

E-Mail-Adresse

---

**Bezüge von:**

**Ergänzungsleistungen**

ja, seit

nein

---

**Hilflosenentschädigung**

ja, seit

mittel

schwer

nein

---

**AHV-Nr.**

---

**Krankenkasse**

---

Kontaktadresse

---

Kundennummer

---

**Zahlungsart für Rechnungen**

Einzahlungsschein

ja

Lastschrift

ja

---

Personen, die aktuell nicht in der Gemeinde Sins wohnhaft sind, hinterlegen bitte den Heimatausweis für die Nebenniederlassung bei der Gemeindeverwaltung Sins, Einwohnerdienste.

### Vertreter Persönliches

Beziehungsgrad

---

Name, Vorname

---

Adresse

---

Telefon Privat

Mobil

---

Telefon Geschäft

E-Mail

---

### Vertreter Finanzielles

gilt als Rechnungsadresse

ja

nein

---

Beziehungsgrad

---

Name, Vorname

---

Adresse

---

Telefon Privat

Mobil

---

Telefon Geschäft

E-Mail

---

### Weitere Angehörige

Name, Vorname

Beziehungsgrad

---

Adresse

---

Telefon Privat

Mobil

---

Telefon Geschäft

E-Mail

---

Name, Vorname

Beziehungsgrad

---

Adresse

---

Telefon Privat

Mobil

---

Telefon Geschäft

E-Mail

---

### Privathaftpflichtversicherung

ja

nein

---

### Persönliche Regelungen

Besteht ein Vorsorgeauftrag?

ja

nein

---

Besteht eine Patientenverfügung?

ja

nein

---

Besteht ein elektronisches Patientendossier?

ja

nein

---

### Weitere Vereinbarungen

Taschengeld	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe CHF:	<input type="checkbox"/> nein
Cafeteria (Getränke über Monatsrechnung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blue-TV / WLAN (Langzeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zimmerschlüssel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigung der Wäsche hausintern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Name Hausärztin/-arzt

Adresse

Telefon

### Name Spezialärztin/-arzt

Adresse

Telefon

### Vorhandene Hilfsmittel

Brille       Hörgerät       Rollator       Rollstuhl

### Gewünschte Hilfsmittel

Rollator       Rollstuhl

andere Hilfsmittel:

Ort, Datum

Bewohner/Bewohnerin

Vertreterin/Vertreter