



## EINTRITT SUNNEHOF (BEWOHNER-ANGABEN)

*Eintritt am (bitte leer lassen)*

Bewohnerin / Bewohner	
Name <small>(bei Ehefrauen und Wittwen auch Mädchenname)</small>	Vorname
Strasse, Nr.	
PLZ, Wohnort, Kanton	
AHV-Nummer	Geburtsdatum
Telefon	Mobile
Gegenwärtiger Aufenthaltsort	
Schriften deponiert in	
Heimatort, Kanton	Geburtsort, Kanton
Zivilstand	Konfession
Name des Gatten / der Gattin	
Beruf (zuletzt ausgeübt)	

Angehörige / Ansprechpersonen	
<b><u>Primär Ansprechperson</u></b>	
Name	Vorname
Strasse, Nr.	Verwandtschaftsgrad
PLZ, Wohnort, Kanton	Telefon
Email	Mobile

### Weitere Ansprechpersonen

Name	Vorname
Strasse, Nr.	Verwandtschaftsgrad
PLZ, Wohnort, Kanton	Telefon
Email	Mobile
Name	Vorname
Strasse, Nr.	Verwandtschaftsgrad
PLZ, Wohnort, Kanton	Telefon
Email	Mobile

### Ärzte / Spezialisten

Hausarzt	Telefon
Adresse	
Zahnarzt	Telefon
Adresse	

Weitere Spezialisten können auf der hintersten Seite noch notiert werden.

### Krankenkasse

Name	Versicherungs-Nr.		
<b>Versicherungsart</b>	allgemein <input type="checkbox"/>	halbprivat <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>
Spitalversichert	ganze Schweiz <input type="checkbox"/>	Schwyz <input type="checkbox"/>	Luzern <input type="checkbox"/>
<small>(Zutreffendes ankreuzen)</small>			
<b>Benötigen Sie...</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	
• Hilfe bei der täglichen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Spezialkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Zahnprothesen/Teilprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Wünschen Sie...</b>			
• Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Verfügen Sie über...</b>			
• einen gültigen Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• eine aktuelle Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sunnehof  
Immostrasse 15, 6405 Immensee SZ

Tel. 041 854 19 19, Fax 041 854 19 22  
info@sunnehof.org, www.sunnehof.org

-  
**Wer regelt Ihre finanziellen Angelegenheiten?**

*(☞ bitte Vollmacht beilegen)*

Name ..... Vorname .....

Strasse, Nr. .... Verwandtschaftsgrad .....

PLZ, Wohnort, Kanton ..... Telefon .....

**Besteht eine Beistandschaft?**  JA  NEIN

Name, Vorname des Beistandes .....

Amtsbeistandschaft (Name/Adresse/Ort) .....

Bemerkungen / Wünsche / Anregungen .....

Ort / Datum ..... Unterschrift Bewohner/in oder deren Vertreter/in: .....

Beilagen:

- Vorsorgeauftrag (wenn vorhanden)
- Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Vollmacht Finanzen
- Die letzten Arzt-/Spital-Befunde
- Eine aktuelle Medikamentenliste