

Anmeldung Hospiz Bern

Personalien und allgemeine Angaben

Familienname

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Zivilstand

Konfession

AHV-Nummer

Heimatort/Staatsangehörigkeit

Geburtsort (Nur für ausländische Personen)

Bezugsperson

Familienname

Vorname

Telefon / Mobil

E-Mail

Beziehung zu Patient:in

Kontaktieren:

☐ bei Verschlechterung
☐ im Todesfall

☐ tagsüber ☐ nachts
☐ tagsüber ☐ nachts

Zuweisende/r Arzt/Ärztin

Name

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Versicherungen

Name der **Krankenkasse** (KVG)

PLZ / Ort

Versicherungsnummer

Ablaufdatum der Krankenkassenkarte

Kartennummer

Zusatzversicherung für alternative Behandlungsmethoden vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Name der Zusatzversicherung (VVG)

Versicherungsnummer

Verfügen Sie über eine der folgenden Renten,
Entschädigungen oder Leistungen?

☐ AHV-Rente

☐ IV-Rente

☐ Ergänzungsleistung (EL)*

☐ Hilflosenentschädigung (HL)

☐ Sozialhilfe

**Bitte Kopie EL-Berechnungsblatt beilegen*

Rechnungsadresse

☐ Die Rechnung geht an die Adresse des Patienten / der Patientin (siehe Personalien)

☐ Die Rechnung geht an die Adresse der Bezugsperson

☐ Die Rechnung geht an die nachfolgende Adresse:

Familienname

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Bankverbindung

Für die Rückzahlung des Depots

Name der Bank

Kontoinhaber:in

IBAN-Nummer

Grund der Anmeldung / Aktuelle Situation

- ☐ EPS-Test durchgeführt und beigelegt
- ☐ Patient:in ist über die Anmeldung informiert und damit einverstanden
- ☐ Angehörige sind über die Anmeldung informiert

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass

- alle Angaben korrekt sind.
- dieses Dokument Bestandteil des Betreuungsvertrages ist und Sie die Regelungen zum Datenschutz akzeptieren.

Ort, Datum

Patient:in

oder

bevollmächtigte Person
