



KIRCHFELD

Anmeldung für den Eintritt ins Zentrum KirCHFeld, Horw

Dieses Formular kann direkt am Computer ausgefüllt werden und per E-Mail an uns gesendet werden. Speichern Sie zuerst das Formular lokal auf Ihrem Computer ab (Rechtsklick > Speichern unter...). Öffnen Sie die Datei mit einem Doppelklick und füllen Sie die Felder aus. Speichern Sie das Dokument erneut und senden Sie das PDF an anmeldung.kirchfeld@hin.ch. Sie werden nach Eingang der Anmeldung von uns kontaktiert.

Mit dieser Anmeldung sind Sie und die 1. Bezugsperson damit einverstanden, dass die Kontaktangaben (Name, Adresse, E-Mail) an Dritte weitergegeben werden zur effizienten Erfüllung des Leistungsauftrag (z.B. externe Rechnungssteller wie Apotheke, Ärzte, Spitäler etc.) Wenn Sie oder die 1. Bezugsperson damit nicht einverstanden sind, melden Sie dies unserem Empfang.

Personalien (zwingend gemäss Identitätskarte) *Feld-Eingabe erforderlich (am Computer zusätzlich rot markiert)

Anrede*	Frau	Herr		
Name*	_____	Vorname*	_____	
Strasse, Nr.*	_____	PLZ*	_____	Ort* _____
Geburtsdatum*	_____	Heimatort	_____	
AHV-Nr.	_____	Konfession	_____	
Zivilstand*	_____	Telefon*	_____	
Schriften in Horw seit (Monat und Jahr)	_____			

Telefonanschluss im Zimmer erwünscht? Ja Nein

Krankenversicherung* _____ Versicherungs-Nr. _____

Versicherungsart allgemein halbprivat privat

Hausarzt* _____

Zahnarzt _____ Augenarzt _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?* Ja Nein

wird beantragt

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?* Ja Nein

wird beantragt

Grad der Hilflosigkeit? _____

Rechnungsstellung an folgende Adresse _____

Anmeldung Kirchfeld – Seite 2

Bezugsperson 1

Anrede	Frau	Herr		
Name	_____	Vorname	_____	
Strasse, Nr.	_____	PLZ	_____	Ort _____
Telefon	_____	Mobile	_____	
E-Mail	_____	Rolle/Beziehung	_____	

Bezugsperson 2

Anrede	Frau	Herr		
Name	_____	Vorname	_____	
Strasse, Nr.	_____	PLZ	_____	Ort _____
Telefon	_____	Mobile	_____	
E-Mail	_____	Rolle/Beziehung	_____	

Bezugsperson 3

Anrede	Frau	Herr		
Name	_____	Vorname	_____	
Strasse, Nr.	_____	PLZ	_____	Ort _____
Telefon	_____	Mobile	_____	
E-Mail	_____	Rolle/Beziehung	_____	

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme durch uns? Ja Nein

Wer soll kontaktiert werden (Name, Telefon)? _____

Diese Anmeldung wurde ausgefüllt von* _____

Mit dem Ausfüllen der Anmeldung akzeptiere ich die aktuell gültige Taxordnung der Kirchfeld AG. Dazu gehört u.a. bei kurzfristigen Absagen des Eintritts eine Bearbeitungsgebühr (für angefallene Umtriebe) und/oder eine Reservationsgebühr (entspricht der jeweiligen Aufenthaltstaxe). Ausgenommen sind Situationen, welche aufgrund akuten gesundheitlichen Veränderungen nicht voraussehbar sind, z.B. verlängerter Spitalaufenthalt. *

Kommentar _____

Bitte legen Sie dem Anmeldeformular eine Kopie der Identitäts- sowie Krankenversicherungskarte (Vor- und Rückseite) bei.