



Alten- und Pflegeheim Ritten
Dorfstraße 20
39054 Klobenstein
Tel. Nr.: 0471 356110
Fax Nr.: 0471 358668

Casa di riposo e di cura di Renon
Via del Paese 20
39054 Collalbo
Tel. n°: 0471 356110
Fax n°: 0471 358668

ANSUCHEN UM KURZZEITPFLEGE
DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA

Der/Die Unterfertige
Il/La sottoscritto

Zuname _____ Vorname _____
Cognome _____ Nome _____

Ehename bei Frauen _____ Familienstand
sposata _____ stato civile _____

geb. am _____ in _____ Prov. _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____

wohnhaft in _____ Str. _____ Nr. _____
residente in _____ Via _____ n° _____

Ehemaliger Beruf
Professione esercitata _____

Steuernummer _____ Ticket Nr. _____
codice fiscale _____ Ticket n° _____

ersucht

chiede

um die zeitweilige Aufnahme im
Alten- und Pflegeheim Ritten

l'ammissione temporanea nella
casa di riposo e di cura di Renon

vom _____ bis _____
dal _____ al _____

erklärt

dichiaro

den Tagessatz zu zahlen bzw. für dessen Bezahlung zu sorgen.
di pagare la retta giornaliera oppure di provvedere al pagamento della stessa.

Datum/Data _____ Unterschrift/Firma _____

Kontaktperson im Bedarfsfall:
 Persona da contattare in caso di necessità:

Zu- und Vorname Cognome e nome _____	Verwandschaftsgrad parentela _____
Anschrift Indirizzo _____	Tel. Tel. _____

Weitere Angehörige oder Bezugspersonen sind:
 Altri parenti o persone di riferimento sono:

Zu- und Vorname Cognome e nome _____	Verwandschaftsgrad parentela _____
Anschrift Indirizzo _____	Tel. Tel. _____

Zu- und Vorname Cognome e nome _____	Verwandschaftsgrad parentela _____
Anschrift Indirizzo _____	Tel. Tel. _____

Zu- und Vorname Cognome e nome _____	Verwandschaftsgrad parentela _____
Anschrift Indirizzo _____	Tel. Tel. _____

Hausarzt
 medico di famiglia

Dr. Dott. _____	Arztpraxis in ambulatorio a _____
--------------------	--------------------------------------

Tel. Nr. Tel. n° _____

Eventuelle Bemerkungen
 Eventuali osservazioni

ERKLÄRUNG

Der/Die Unterfertigte _____ verpflichtet sich, Herrn/Frau
 _____ am _____ abzuholen.

Datum _____ Unterschrift _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ si impegna di venir a prendere
 il/la sig./sig.ra _____ il giorno _____

Data _____ Firma _____

Der Anfrage müssen folgende Dokumente beigelegt werden:
 Alla richiesta vanno allegati i seguenti documenti:

- Ärztlicher Fragebogen
Questionario medico
- Kopie der Identitätskarte
Copia della carta d'identità
- Kopie des Krankenkassabüchlein
Copia della tessera assistenza sanitaria

Aufklärung gemäß Datenschutzgesetz (Gesetz Nr. 675/1996)

Die von Ihnen übermittelten Daten werden innerhalb der Gemeindeverwaltung, auch in digitaler Form für die Erfordernisse des Gesetzes verarbeitet. Es stehen Ihnen die Rechte nach Artikel 13 des Gesetzes zu, d. h. Sie können sich zu Ihren Daten Zugang verschaffen, um deren Korrektur oder Ergänzung und – sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen – deren Löschung oder Sperrung verlangen.

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (legge n. 675/1996)

I dati da Lei forniti verranno trattati all'interno dell'amministrazione del comune, anche in forma digitale, per l'applicazione della legge. Le competono i diritti previsti dall'articolo 13 della legge, e quindi potrà accedere ai Suoi dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge – la cancellazione od il blocco.

Datum/data _____ Unterschrift/firma _____

KOSTENZUSICHERUNG

Der/die Unterfertigte: _____
 geboren am: _____ in _____
 wohnhaft in: _____
 Telefonnummer: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

v e r p f l i c h t e t

sich vom effektiven Aufnahmetag bis zum Verlassen des Heimes (voraussichtlich vom _____ bis _____) den nicht gedeckten Pflegesatz zu übernehmen.

Auch verpflichten sich der/die Unterfertigte, anfallende Kosten während des Aufenthaltes des Antragsstellers im Alten- und Pflegeheim (z.B. Medizin, Kleidung, Pflegemittel u.s.w.) zu übernehmen.

Datum _____ Unterschrift: _____

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a: _____
 nato/a il: _____ a _____
 residente in: _____
 no. telefono: _____ grado di parentela: _____

s i i m p e g n a

a corrispondere dalla data effettivo ricovero _____ fino alla data di dimissione _____ la retta non coperta da pagamenti del/della ricovero/a.

Il/la sottoscritto/a inoltre si impegna a corrispondere tutte le spese che si presentano durante il soggiorno del richiedente nella casa di riposo e di cura (come per esempio: medicina, vestiti ecc.)

Data _____ Firma _____