

Wir bitten Sie, das Formular in Blockschrift auszufüllen – Danke!

Personalien

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Zivilstand:	_____
Telefon:	_____	AHV-Nr.:	_____
Konfession:	_____	Heimatort:	_____
Muttersprache:	_____	amtlicher Wohnsitz:	_____

Angehörige / Bezugspersonen

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Beziehungsgrad:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Beziehungsgrad:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____

Hausarzt

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Ort:	_____

Kranken- / Unfallversicherung

Name:	_____	Adresse:	_____
Versicherten-Nr.:	_____	Telefon:	_____

Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Beziehungsgrad: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Gesetzliche Vertretung, wenn ja: Beistand Vormund

Name / Adresse / Telefon:

Aufenthalt vor Heimeintritt

zu Hause zu Hause mit Spitex Geriatrische Klinik

im Spital anderes Heim _____

Patientenverfügung

Vorhanden: ja Aufbewahrt bei: _____

nein Informationsgespräch gewünscht: ja nein

Gewünschter Eintritt / Hausbesichtigung

so schnell wie möglich vorsorgliche Anmeldung

Ich kenne das Heim nicht und wünsche eine Hausbesichtigung.

Wünsche / Mitteilungen

Ort, Datum:

Unterschrift :
