



Anmeldung

für die Aufnahme ins Altersheim

Persönliche Angaben

Familienname: Vorname:
Strasse: PLZ, Ort:
AHV-Nr.: 756. Tel.-Nr.:
Geburtsdatum: Heimatort:
Zivilstand: Konfession:

Bezugspersonen

Bitte kreuzen Sie die **primäre** Bezugsperson an.

☐ Name: Vorname:
Adresse PLZ, Ort:
Telefon Handy:
E-Mail: Beziehungsgrad:

☐ Name: Vorname:
Adresse PLZ, Ort:
Telefon Handy:
E-Mail: Beziehungsgrad:

☐ Name: Vorname:
Adresse PLZ, Ort:
Telefon Handy:
E-Mail: Beziehungsgrad:

Beistand (falls vorhanden)

Name: Vorname:
Adresse PLZ, Ort:
Telefon Handy:
E-Mail: Beziehungsgrad:

Bitte wenden ➔

Rechnungsadressat

Name: Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Hausarzt

Name: Ort:

Krankenkasse

Krankenkasse: Sektion:

Versicherten-Nr.:

Patientenverfügung

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja ☐ Nein ☐ (Falls ja, bei Eintritt mitbringen)

Elektronisches Patientendossier (EPD)

Ist ein E-Patientendossier vorhanden? Ja ☐ Nein ☐

Dringlichkeit

☐ Dringend (schnellst möglicher Termin)

☐ Vorsorglich

Bemerkungen

Datum: Unterschrift: