

ANMELDUNG

Personalien	
Name/Vorname	
Adresse, PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
AHV-Nr.	
Heimatort	
Konfession	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft

Hausarzt + KK	
Name Arzt	
Adresse, PLZ/Ort	
Krankenkasse	Vers.Nr.
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden,

Ansprechperson	für weitere Details falls nicht identisch mit obigen Personalien / Art der Beziehung
Name/Vorname	
Adresse, PLZ/Ort	
Telefon	Erreichbarkeit
E-Mail	

Aufnahme	
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> dringende Warteliste (Einzug innert 2-4 Monate) <input type="checkbox"/> allg. Warteliste
Aufenthalt stationär	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Pflegewohnung
Aufenthalt temporär	<input type="checkbox"/> Ferienzimmer <input type="checkbox"/> Tagesaufenthalt <input type="checkbox"/> Nachtaufenthalt Dauer von bis

gut zu Wissen	
Anmerkungen	

Datum _____ Unterschrift _____