

Anmeldeformular für den Eintritt ins PZE

Haus Berg

Haus Mürtschen

Angaben zu meiner Person

Name

Vorname

Strasse

Wohnort/Aufenthaltsort

Geburtsdatum

Heimatort

Nationalität

AHV-Nummer

Telefonnummer

E-Mail

Telefon mobile

Früherer Beruf

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Konfession

reformiert

römisch-katholisch

konfessionslos

andere

Wohnhaft in der Gemeinde seit

Momentaner Aufenthaltsort seit

Versicherung

Krankenkasse

Mitglieder-Nummer

AHV Nummer

Kartenummer

Zusatzversicherung

Spitalversicherung Allgemein

Halbprivat

Privat

Hausarzt

Name

Vorname

Strasse

Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Ja

Nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?

Ja

Nein

Weitere Gesundheitsfachpersonen (Ärzte, Spitex)

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Telefonnummer	E-Mail

Erste Kontaktperson (Primärperson) Auch Rechnungsadresse

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Telefonnummer	Telefon mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Zweite Kontaktperson

Auch Rechnungsadresse

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Telefonnummer	Telefon mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Weitere Kontaktpersonen

Auch Rechnungsadresse

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Telefonnummer	Telefon mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Bemerkungen

.....

.....

Ort/Datum

Unterschrift

**Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular an:
Pflegezentrum Eschenbach, Haus Berg, Rickenstrasse 10, 8735 St. Gallenkappel**