

Anmeldeformular

Haus Berg

Haus Mürtschen

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

Wohnort (Aufenthaltsort) _____

Geburtsdatum _____ Heimatort _____

Nationalität _____ AHV-Nummer _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

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 _____ Kartenummer _____

Zusatzversicherung

Spitalversicherung Allgemein Halbprivat Privat

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? Ja Nein

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Weitere Gesundheitsfachpersonen (Ärzte, Spitex)

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____

Kontaktpersonen

Erste Kontaktperson (Primärkontakt)

Rechnungsadresse

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Zweite Kontaktperson

Rechnungsadresse

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktperson

Rechnungsadresse

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Bemerkungen

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular an:

Pflegezentrum Eschenbach, Haus Berg, BW-Administration, Rickenstrasse 10, 8735 St. Gallenkappel