



## 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

Kartennummer

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)**

Name  
Strasse  
Telefonnummer  
E-Mail

**Auch Rechnungsadresse**

Vorname  
Wohnort  
Telefon mobile  
Verwandtschaftsgrad

**Zweite Kontaktperson**

Name  
Strasse  
Telefonnummer  
E-Mail

**Auch Rechnungsadresse**

Vorname  
Wohnort  
Telefon mobile  
Verwandtschaftsgrad

**Weitere Kontaktpersonen**

Name  
Strasse  
Telefonnummer  
E-Mail

**Auch Rechnungsadresse**

Vorname  
Wohnort  
Telefon mobile  
Verwandtschaftsgrad

**Bemerkungen**

.....  
.....  
.....

Ort/Datum

Unterschrift

**Adresse**

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