

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon Nr. _____

Bürgerort: _____ Schriften: _____

Zivilstand: _____ AHV Nr.: _____

Konfession: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Adresse, Tel.: _____

Möchte beim bisherigen Hausarzt bleiben: ja Ich möchte vom Heimarzt betreut werden

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Adresse KK: _____

KK Nr. : _____ Allgemein Halbprivat Privat

Unfallversicherung bei: _____

Gesund Selbständig Gebrechlich Pflegebedürftig

Letzter Aufenthalt: zu Hause Spital: _____

Psychiatrie: _____

Zimmerwunsch: 1 er Zimmer 2 er Zimmer Haus: _____

Telefon im Zimmer: ja Nein (Abo. Fr. 25.- monatlich + Gespräche)

TV im Zimmer: ja Nein (Abo. Fr. 21.- monatlich)



Angehörige, Kontakte

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon Nr. _____

Tochter Sohn _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon Nr. _____

Tochter Sohn _____

Ev. Gesetzliche Vertretung

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon Nr. _____

Beistand Vormund Gesetzlicher
Betreuungsdienst

Rechnungsadresse

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon Nr. _____

Tochter Sohn _____

Gewünschter Heimeintritt

Vorsorgliche Anmeldung ohne Verpflichtung

Ich möchte eintreten am: _____ (Warteliste)

Ich möchte ein Zimmer im Neubau

Ich möchte ein Zimmer im Altbau

Ich möchte als Feriengast vom _____ bis _____ im APH wohnen.

Ort, Datum:

Unterschrift:



