

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

Telefon / TV / Internet-Kombi-Paket ja Nein (Fr. 50.- mtl. inkl. Gespräche in der CH)

Einzelpreise pro Monat: Telefon Fr. 25.- / TV Fr. 25.- / Internet Fr. 10.-



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 als Feriengast vom _____ bis _____ im WPH wohnen.

Ort, Datum:

Unterschrift:



