

Anmeldung

Personalien

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Sozialversicherungsnummer

756.

Heimatort

.....

Zivilstand

.....

Konfession

.....

Eintritt

Vorsorglich

☐

Dringend

☐

Ferien/Schnupper/Kurzaufenthalt

☐

Wunschdatum

.....

Bitte gewünschtes Zimmer ankreuzen:

- Zimmer mit Dusche und WC
- Zimmer mit Lavabo, WC und Balkon
- Zimmer mit Lavabo, WC
- Telefonanschluss
- Fernsehanschluss

☐☐☐Ja ☐Nein ☐Ja ☐Nein ☐

Hinweis: Je nach Verfügbarkeit der Zimmer kann bei einem sofortigen Eintritt der Zimmerwunsch erst später erfüllt werden.

Aktuelle Adresse

Strasse

.....

PLZ/ Ort

.....

Festnetz- | Handynummer | E-Mail

.....

Heutiger Aufenthalt

- ☐ zu Hause ☐ Kantonspital ☐ anderes Heim
- ☐ Geriatriische Klinik ☐ andere Spitäler
- ☐ Psychiatrische Klinik

Versicherung (bitte Kopie der Versicherungskarte beim Eintritt mitbringen)

Krankenkasse

Adresse Krankenkasse

.....

Mitglieds-Nummer

.....

Ärzte

Hausarzt

Hausbesuche: Ja ☐ Nein ☐

.....

Strasse

.....

PLZ/Ort

.....

Telefon

.....

E-Mail.

.....

Bezugspersonen* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Partner/Partnerin, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe etc.) bitte in der Reihenfolge, wie sie in Notfällen zu benachrichtigen sind.

1. Bezugsperson* Beziehung

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

2. Bezugsperson* Beziehung

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

3. Bezugsperson* Beziehung

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

Rechnungsadresse

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

Verantwortliche(r) Finanzen

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

Beistand

Vorname | Name.....

Strasse

PLZ | Ort

Telefon Natel:

Email

Vorsorgeauftrag

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag erstellt?

(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

Ja ☐

Nein ☐

Patientenverfügung

Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt?

(bitte Kopie beim Eintritt mitbringen)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn nicht, bitten wir Sie, dies innert dreier Monate nach Eintritt nachzuholen bzw. die vorsorgeberechtigten Personen nachfolgend aufzuführen.

Finanzielle Verhältnisse

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ AHV | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pensionskasse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ergänzungsleistungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Hilflosen-Entschädigung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Andere Leistungen (Sozialamt, usw.) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Bitte senden Sie das Formular unterschrieben an:

bruggwald51

Wohnen und Pflege im Alter

Postfach 143

Bruggwaldstrasse 51

9008 St. Gallen

info@bruggwald51.ch