**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** | **Vorname** | **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Bürgerort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Ort  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Konfession | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zivilstand | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| AHV-Nummer | **756.**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankenkasse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Policen-Nummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nummer Krankenkassenkarte  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Ablaufdatum Krankenkassenkarte | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Angaben zu Kontaktpersonen**

|  |
| --- |
| 1. **Bezugsperson**
 |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bezugsperson**
 |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontaktperson für administrative Fragen /Rechnung (sofern nicht 1. Bezugsperson)** |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Angaben zum Eintritt**

|  |
| --- |
| **Besuch als Tagesgast (bitte ankreuzen)** |
| [ ]  Montag | [ ]  Dienstag | [ ]  Mittwoch | [ ]  Freitag |
| **Gewünschtes Eintrittsdatum**  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Hausarzt** |
| **Name** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Adresse** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **PLZ/Ort** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **E-Mail** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Diagnosen/ Leiden** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Hobby’s** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Patientenverfügung und Vorsorge**

Mit einem Vorsorgeauftrag oder einer Patientenverfügung können urteilsfähige Erwachsene rechtzeitig ihren Willen festhalten, damit bei einem möglichen Verlust ihrer Urteilsfähigkeit in ihrem Sinne vorgegangen wird. Auf der Webseite Schweizerisches Rotes Kreuz erfahren Sie mehr: <https://vorsorge.redcross.ch/download/>

**Sofern bereits eine Patientenverfügung und/oder Versorgungsauftrag besteht, bringen Sie bitte bei Eintritt eine Kopie mit Originalunterschrift mit**.

**Bei Eintritt bitte zusätzlich eine Kopie der folgenden Unterlagen mitbringen**

[ ] Krankenkassenkarte [ ]  kleine Biografie [ ]  Medikamentenliste

**Diese Anmeldung erfolgt durch:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bitte stellen sie uns diese anmeldung vorzugsweise per E-Mail oder sonst per Post zu**

**Vielen Dank Ihr Pflegezentrum Ennetsee AG**