



Anmeldeformular

Der/Die Unterzeichnende wünscht in die Alterswohngruppe Blumengarten einzutreten und gibt über seine/ihre persönlichen Verhältnisse folgende Auskunft:

Name: **Vorname:**
Geburtsdatum: AHV-Nr.:
Heimatort: Schriften in Gemeinde:
Strasse: Tel.:
PLZ/Ort:

Zivilstand: Konfession:
Früherer Beruf:
Bisheriger Hausarzt:
Krankenversicherung bei: Mitglied-Nr.:
(Grundversicherung)

Patientenverfügung
vorhanden: ja nein

Demenzielle
Erkrankung: keine schwach fortgeschritten

Gewünschter
Eintritt: vorsorglich dringend Ferienzimmer

Gewünschtes Datum, bei Ferienzimmer von / bis:

Besteht eine Beistandschaft? ja nein



Ansprechperson für medizinische und persönliche Anliegen

Name/Vorname:
Adresse: Tel.Nr. G:
..... Tel.Nr. P:
Verwandtschaftsgrad/Beziehung: Mobile:
.....

Weitere Vertrauensperson

Name/Vorname:
Adresse: Tel.Nr. G:
..... Tel.Nr. P:
Verwandtschaftsgrad/Beziehung: Mobile:
.....

Zuständig für Finanzen, bzw. Rechnungsadresse

Name/Vorname:
Adresse: Tel.Nr. G:
..... Tel.Nr. P:
Verwandtschaftsgrad / Beziehung: Mobile:
.....

Bemerkungen:

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

Ort und Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Allenfalls Zweitunterschrift gesetzl. Vertretung