

Anmeldeformular

Eingangsdatum: _____

Gewünschter Zeitpunkt des Eintrittes:
so bald als möglich: _____später / vorsorglich: _____**STAMMDATEN**

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Heimatort	
Tel. Nr.	Geburtsdatum
AHV-Nr. 756.	Ehem. Beruf
Konfession	Zivilstand
Familienname (ledig) und Vorname Ehepartner	
Heimatort / Staatsangehörigkeit Ehepartner	
Familienname / Vorname(n) Vater	
Mädchenname / Vorname(n) Mutter	
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

ÄRZTE

Hausarzt
Zahnarzt
Augenarzt

KRANKENKASSE

Adresse	Telefon
Name	
Versichertennummer	

VERTRAUENSPERSONEN (Angehörige oder gesetzl. Vertreter)

1. Vertrauensperson	Name	Vorname
	Adresse	PLZ / Ort
	Tel. Nr.	E -Mail
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand	

2. Vertrauensperson	Name	Vorname
	Adresse	PLZ / Ort
	Tel. Nr.	E -Mail
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand	

3. Vertrauensperson	Name	Vorname
	Adresse	PLZ / Ort
	Tel. Nr.	E -Mail
	Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad / Beistand	

RECHNUNGSSTELLUNG direkt an den Bewohner/die Bewohnerin an folgende Person

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Tel. Nr.	E-Mail
Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad	

Ort und Datum:

Unterschrift:

Einsenden an: Serata Alterszentrum der Stiftung Gott hilft, Kantonsstrasse 10, 7205 Zizers
Für Rückfragen: Telefon 081 / 307 13 10 (Dominique Cerveny, Institutionsleiterin)