

Seniorenzentrum Brunnenhof  
Hengstackerstrasse 2  
8855 Wangen  
**Heimleitung: Wim Brueren**  
Tel. 055 450 81 00  
E-Mail: [verwaltung@sz-brunnenhof.ch](mailto:verwaltung@sz-brunnenhof.ch)  
[www.wangensz.ch](http://www.wangensz.ch)



Eingang: .....

## **Administration Bewohner-Anmeldung Vorsorglich**

für den Eintritt in das Seniorenzentrum Brunnenhof, Wangen (Bei Ehepaaren ist für beide ein separates Formular auszufüllen)

Anmeldung **vorsorglich** (im nächsten Halbjahr kein Bedarf)

### **PERSONALIEN**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Heimatschein in Gemeinde (Steuerdomizil): \_\_\_\_\_

Falls in Wangen, seit wann? \_\_\_\_\_

Ist informiert über die Anmeldung und einverstanden:  ja  nein

### **ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN**

#### **1. Bezugsperson**

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

## ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

### 2. Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

## HAUSARZT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt:

Ort und Datum: .....

Unterschrift: .....