

Seniorenzentrum Brunnenhof
Hengstackerstrasse 2
8855 Wangen
Tel. 055 450 81 00
E-Mail: verwaltung@sz-brunnenhof.ch
www.wangenz.ch



Anmeldung Bewohner

PERSONALIEN

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon Nr.:

Zivilstand:

Konfession:

Heimatort:

Soz.Vers.Nr.:

Heimatschein in Gemeinde (Steuerdomizil):

Falls in Wangen, seit wann?

Aktueller Aufenthaltsort:

Hausarzt:

Krankenkasse/Versichertennummer:

(Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenversicherungskarte (Vorder- und Rückseite) bei.)

Besteht ein Vorsorgeauftrag: ja nein (wenn ja, Kopie beilegen)

Besteht eine Patientenverfügung: ja nein (wenn ja, Kopie beilegen)

Besteht eine Beistandschaft gemäss Erwachsenenschutzrecht: ja nein (wenn ja, Kopie beilegen)

Falls ja, Name Beistand:

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Handy-Nr.:

E-mail:

Verwandschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Handy-Nr.:

E-mail:

Verwandschaftsgrad:

Die hier genannten Personen sind die Ansprech- und Kontaktpersonen für das Seniorenzentrum Brunnenhof im Bereich Pflege und Administration.

FINANZIELLES

Rechnungsadresse:

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Handy-Nr.:

E-Mail:

Ort und Datum:

Unterschrift: