

Alters- und Pflegeheim Quisisana

Heimleitung
Freihofstrasse 1
9410 Heiden

Anmeldeformular

- Eintritt sobald als möglich
 Eintritt als Feriengast sobald als möglich
 Anmeldung auf die Warteliste

Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon-Nr.	Geburtsdatum
AHV-Nr.	Zivilstand
Konfession	Heimatort
Schriftenort	

Gesetzliche Vertretung bei Beistandschaft (wenn zutreffend)

Name / Vorname	Adresse
Telefon-Nr.	E-Mail

Hausarzt / Krankenkasse (Bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

Hausarzt	
Krankenkasse	Versicherungsnummer
Kartenummer	Ablaufdatum

Rechnungsempfänger

Name / Vorname	Adresse
Telefon-Nr.	E-Mail

Vorsorgeauftrag - Patientenverfügung - Ergänzungsleistung

Besteht ein Vorsorgeauftrag	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Patientenverfügung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

1. Ansprechperson Unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon- Nr.	Natel-Nr.
E-Mail-Adresse	Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige sind berechtigt, Auskunft über den Gesundheitszustand zu erhalten

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon- Nr.	Natel-Nr.
E-Mail-Adresse	Verwandtschaftsgrad

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon- Nr.	Natel-Nr.
E-Mail-Adresse	Verwandtschaftsgrad

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Wohnort
Telefon- Nr.	Natel-Nr.
E-Mail-Adresse	Verwandtschaftsgrad

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Geschäfts- / Pflegedienstleitung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäfts- / Pflegedienstleitung.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------