

☐ Vorsorglich ☐ Definitiv ☐ Altersheim ☐ Demenzabteilung

Platzierung erforderlich:

☐ in den nächsten Tagen ☐ in den nächsten Wochen ☐ in den nächsten Monaten

Personalien

Name: Geburtsdatum:
 Vorname: Zivilstand:
 Strasse: Konfession:
 PLZ, Wohnort: Heimatort:
 Telefon: Natel:
 früherer Beruf:
 Staatsangehörigkeit:
 AHV- Nummer: _____. _____. _____. _____. _____. _____. _____. _____. _____. _____.
 Krankenkasse: Mitglied-Nr.:
 Vers-Karten-Nr.: gültig bis:.....

Arztwahl

bisheriger Hausarzt:

Wechsel zu Heimarzt (Dr. med. Rolf Christen) gewünscht: ☐ Ja ☐ Nein

Aufenthalt

Momentan: seit wann:
 Adresse:
 Ansprechperson:

Diagnose

.....
 Wann wurde diese gestellt

Angehörige/ Bekannte (nach Priorität)

1. Priorität Name: Vorname:
 Strasse:
 PLZ, Ort:
 Verwandtschaftsgrad:
 Tel.: Natel:
 E-Mail:
 Informieren: Tag ☐ Ja ☐ Nein Informieren: Nacht ☐ Ja ☐ Nein

2. Priorität Name: Vorname:
 Strasse:
 PLZ, Ort:
 Verwandtschaftsgrad:
 Tel.: Natel:
 E-Mail:
 Informieren: Tag ☐ Ja ☐ Nein Informieren: Nacht ☐ Ja ☐ Nein

3. Priorität Name: Vorname:
 Strasse:
 PLZ, Ort:
 Verwandtschaftsgrad:
 Tel.: Natel:
 E-Mail:
 Informieren: Tag ☐ Ja ☐ Nein Informieren: Nacht ☐ Ja ☐ Nein

Zuständig für Finanzen/ Rechnungsadresse:
 Strasse: PLZ, Ort:
 Telefon: Email:

Ort, Datum: Unterschrift: