

☐ 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: .....