



### Weitere Bezugsperson

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. P \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

### Zuständiger Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

- Nein  Ja, bitte Kopie beilegen

### Gewünschter Eintritt / Dringlichkeit

- Dringende Anmeldung (bei einem freien Bett werden wir Sie kontaktieren)  
(Zwingend ausgefülltes Formular Entbindung vom Arztgeheimnis beilegen)
- Vorsorgliche Anmeldung (Sie werden nicht von uns kontaktiert. Bei einem beabsichtigten Heimeintritt, bitten wir Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen)

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie das Heimreglement und die aktuelle Taxordnung zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

**Datum der Anmeldung:**

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_