

Anmeldung Schörli

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bürgerort

Zivilstand

Konfession

Beruf

Adresse

Email

Telefon

Mobile

AHV-Nummer

Krankenkasse

Vers.-Nr.

Vers.-Karten-Nr.

Ablauf-Datum

Momentaner Aufenthaltsort?

zu Hause

Klinik

anderer

.....

Gewünschter Eintrittstermin

.....

Wurde eine Demenz Abklärung vorgenommen?

ja

nein

ausstehend

.....

Angehörige / Bezugspersonen?

Wer

Name / Vorname

Adresse

Ort

Telefon Privat Tel. Geschäft

Mobile E-Mail

Angehörige / Bezugspersonen?

Wer

Name / Vorname

Adresse

Ort

Telefon Privat Tel. Geschäft

Mobile E-Mail

Angehörige / Bezugspersonen?

Wer

Name / Vorname

Adresse

Ort

Telefon Privat Tel. Geschäft

Mobile E-Mail

Angehörige / Bezugspersonen?

Wer

Name / Vorname

Adresse

Ort

Telefon Privat

Tel. Geschäft

Mobile

E-Mail

Zahler / Kostenträger

.....
.....
Telefon

Zuständiger Hausarzt*innen

.....
Telefon

Datum, Unterschrift

Zustellung Anmeldeformular an:

leitung.schoerli@wohnsch.ch

Telefonieren Sie uns nach erfolgter Anmeldung, um ein persönliches Gespräch zu vereinbaren!

044 325 38 70