

Familienname (und lediger Name): _____

Vorname(n): _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort: _____

Geburtsort: _____

Zivilstand: _____

Konfession: _____

AHV-Nummer: _____

Ergänzungsleistungen: ja nein

Hilfslosenentschädigung: leicht mittelschwer schwer

Krankenkasse Grundversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsart: Allgemein (ganze CH) Halbprivat Privat

Allgemein (OKP)

Krankenkasse Zusatzversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Spitalwahl: _____

Aktueller Gesundheitszustand: _____

Verordnete Therapien während _____

AÜP-Aufenthalt _____

Bitte die Rückseite auch ausfüllen. Besten Dank!

Hausarzt (Adresse / Tel. Nr.): _____

Wünscht Betreuung durch den Residenzarzt Dr. Peter Näf, Muri ja nein

Wichtigste Ansprechperson:

Name / Adresse / Tel. Nr. _____

Mobile / E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Weitere Angehörige / Bekannte:

Name / Adresse / Tel. Nr. _____

Mobile / E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Rechnungsadresse und Tel. Nr.: _____

(falls nicht an Bewohner/in) _____

Bemerkungen _____

Datum / Unterschrift: _____

*Eintrittsdatum: _____

*Wohnungs-/ Zimmer-Nummer: _____

*bitte nicht ausfüllen, nur für interne Zwecke