



## Anmeldung

### *Personalien*

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... AHV-Nummer .....

Zivilstand ..... Konfession .....

Ehemaliger Beruf ..... Nationalität .....

PLZ/Ort ..... Telefonnummer .....

Adresse .....

Schriften in ..... Bürgerort .....

### *Heutiger Aufenthalt*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> zu Hause              | <input type="checkbox"/> Kantonsspital    | <input type="checkbox"/> anderes Heim       |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Klinik   | <input type="checkbox"/> andere Spitäler | <input type="checkbox"/> anderer Aufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik |   |   |

### *Gewünschter Heimeintritt*

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dringend | <input type="checkbox"/> vorsorglich |
|-----------------------------------|--------------------------------------|

### *Gewünschte Wohnart*

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer |
|---------------------------------------|---|

### *Bemerkungen*

.....

**Bezugspersonen**

1. Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon Privat .....  
PLZ/Ort ..... Telefon Geschäft .....  
Natel.....  
E-Mail .....  
Beziehungsgrad .....

2. Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon Privat .....  
PLZ/Ort ..... Telefon Geschäft .....  
Natel.....  
E-Mail .....  
Beziehungsgrad .....

3. Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon Privat .....  
PLZ/Ort ..... Telefon Geschäft .....  
Natel.....  
E-Mail .....  
Beziehungsgrad .....

**Rechnungsempfänger/in**

Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon Privat .....  
PLZ/Ort ..... Telefon Geschäft .....  
Natel.....  
E-Mail .....  
Beziehungsgrad .....

**Hausarzt**

Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon .....

**Weitere Ärzte**

Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon .....  
Zuständig für .....

Name ..... Vorname .....  
Adresse ..... Telefon .....  
Zuständig für .....

**Krankenversicherer**

Name ..... Ort.....  
Adresse.....  
Telefon..... Mitgliedernummer.....

**Persönliche Mitteilungen/Wünsche**

.....  
.....  
.....  
.....

Ort und Datum .....  
Unterschrift der ausfüllenden Person .....

Bitte senden Sie das Formular an das:  
Pflegeheim Bruggen, Ullmannstrasse 11, 9014 St. Gallen  
Tel: 071 274 13 11 / info@bruggen.ch