

Anmeldeformular

Datum					
<input type="checkbox"/>	Pflegezentrum Eulachtal	<input type="checkbox"/>	Lichtblick	<input type="checkbox"/>	Staub Kaiser Haus
<input type="checkbox"/>	Zentrum Sonne	<input type="checkbox"/>	Zentrum Wiesental	<input type="checkbox"/>	La Casetta
<input type="checkbox"/>	als Bewohner/in				
<input type="checkbox"/>	als Tagesgast	bevorzugter Wochentag		Datum von bis	
Name				Vorname	
Strasse				Postfach	
Wohnort				Telefon privat	
Beruf				Nationalität	
Geburtsdatum				AHV-Nummer	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
Konfession	<input type="checkbox"/> katholisch	<input type="checkbox"/> reformiert	<input type="checkbox"/> andere		
Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> italienisch	<input type="checkbox"/> andere		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt
Heimatort				Steuerort	
Ehegatte/Partner				Anzahl Kinder	
Hausarzt					
Zuweiser	<input type="checkbox"/>	Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/>
Name/Bezeichnung					
Krankenkasse					
Versichertennummer			Kartennummer 20stellig	807 . . .	
1. Kontaktaufnahme	<input type="checkbox"/>	Patient	<input type="checkbox"/>	Angehörige	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Spital	<input type="checkbox"/>	Spitex	<input type="checkbox"/>
Name/Bezeichnung					
<input type="checkbox"/>	Covid geimpft, Datum/Impfstoff				<input type="checkbox"/>
				Covid erkrankt Datum	
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/>	so schnell als möglich	<input type="checkbox"/>	vorsorgliche Anmeldung	
	<input type="checkbox"/>	melden, wenn Platz frei wird			



Rechnungsempfänger				
Art der Beziehung				
Name		Vorname		
Strasse / Postfach				
PLZ		Wohnort		
Telefon Privat		Geschäft		Mobil
E-Mail				

Angehöriger				
Art der Beziehung				
Name		Vorname		
Strasse / Postfach				
PLZ		Wohnort		
Telefon Privat		Geschäft		Mobil
E-Mail				

Angehöriger				
Art der Beziehung				
Name		Vorname		
Strasse / Postfach				
PLZ		Wohnort		
Telefon Privat		Geschäft		Mobil
E-Mail				

Angehöriger				
Art der Beziehung				
Name		Vorname		
Strasse / Postfach				
PLZ		Wohnort		
Telefon Privat		Geschäft		Mobil
E-Mail				