

Anmeldeformular Tages- und Nachtbetreuung im «Augenblick»

Personalien

Name / Vorname _____

Geburtsname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobile _____

E-Mail _____

Heimatort _____ Schriften in Gemeinde _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geschlecht w m Konfession _____

Zivilstand _____

Nationalität _____ Herkunftsland _____

Muttersprache _____ Ehemaliger Beruf _____

AHV-Nummer 756.____.____.____ Steuerort _____

Ansprechperson / zur Vertretung berechtigte Person

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ, Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____ Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____ Tel. Mobile _____

E-Mail _____

Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ, Ort _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobile _____

Anderer Beistand (z. B. Pro Senectute, Steuerberater etc.) _____

Firma / Adresse _____

Haus Bürgerspital
Rorschacher Strasse 92
9000 St.Gallen
www.buergerspital.ch

Gibt es weitere Personen, mit welchen wir Kontakt aufnehmen können?

(Name, Telefon Privat, Geschäft, Mobile, E-Mail)

Renten

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein ist beantragt

Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

und / oder einen Vorsorgeauftrag? ja nein

➔ Bitte stellen Sie uns eine entsprechende Kopie zu, damit wir situationsgerecht reagieren können.

Hausarzt

Name / Vorname _____

Adresse / PLZ, Ort _____

Tel. Praxis _____ E-Mail _____

Krankenkasse (obligatorische Grundversicherung)

Name _____

Adresse / PLZ, Ort _____

Mitgliedernummer _____

Versicherungsart Allgemein Halbprivat Privat Hausarztmodell

Welche Medikamente nehmen Sie im Moment ein?

Morgen	Mittag	Abend

Nutzen Sie professionelle Unterstützungsangebote im medizinischen Bereich?
(Physio, Ergo, Spitex etc.)

Beanspruchen sie weitere Unterstützungsangebote für die Alltagsbewältigung?
(Pro Senectute, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen, etc.)

Wählen Sie Ihre Wunschtermine für die Tages- oder Nachtbetreuung aus.

Ganztages-Betreuung		Halbtages-Betreuung	Vormittag	Nachmittag
<input type="checkbox"/> Montag		<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dienstag		<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mittwoch		<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Donnerstag		<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freitag		<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachtbetreuung

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Sonntag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Haben Sie weitere Mitteilungen oder Wünsche?

Ort und Datum

Unterschrift
