



## Aufnahmegesuch

## Alter und Pflege Torfnest

### 1 Personalien

Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Telefon

Mobile

Steuerort

AHV-Nr.

Bürgerort

Kanton

Konfession

Geb.datum

Zivilstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden, seit

Beruf (vor Pensionierung)

gegenwärtiger Aufenthaltsort

privat

Spital

anderes Heim

Sonstiges

### 2 Nächste Angehörige, Verwandte, Bekannte

**A** Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon P

Telefon G

**B** Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon P

Telefon G

**C** Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon P

Telefon G

### Alter und Pflege

Torfnest, Torfneststrasse 3, 9413 Oberegg

T +41 71 891 15 83, info@gzai.ch, www.gzai.ch



### 3 Gesetzlicher Vertreter

Beistand  Vormund

Institution

Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Telefon

Mobile

### 4 Rechnungsempfänger

Vorname, Name

Strasse, PLZ/Ort

Telefon P

Telefon G

Falls Rechnung an Bank:

Kontonummer

### 5 Garanten

Krankenkasse, Ort

Mitglied-Nr.

Unfallversicherung

Nr.

Haftpflichtversicherung

Nr.

Falls Rechnung an Bank:

Kontonummer

### 6 Ärztliche Betreuung

bisher behandelnder Arzt

Strasse, PLZ/Ort

behandelnder Arzt im  
Pflegeheim Appenzell

### 7 Bezug von Hilflosenentschädigung

keine  mittel, seit:   schwer, seit:

### 8 Gewünschte Zimmerkategorie

Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Vierbettzimmer

**Hinweis:** Wenn aus Platz- oder medizinischen Gründen vorübergehend oder dauerhaft die nächsthöhere Zimmerkategorie belegt werden muss, wird auch die entsprechende Taxe der belegten Zimmerkategorie in Rechnung gestellt. Der Unterzeichnende erklärt sich mit dieser Regelung einverstanden.

### Alter und Pflege

Torfnest, Torfneststrasse 3, 9413 Obereg  
T +41 71 891 15 83, info@gzai.ch, www.gzai.ch



**9 Dringlichkeit des Eintrittes**

ab

**10 Persönliche Mitteilungen**

Wir bescheinigen, dass der Bewohner / die Bewohnerin über die Anmeldung informiert wurde.  
Wir haben das Reglement und die Taxordnung erhalten und erklären uns damit einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter / Angehöriger \_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift  
Bewohner / Bewohnerin  
(wenn möglich) \_\_\_\_\_

**Alter und Pflege**