



Stammblatt kantonales Gesundheitszentrum Appenzell

1. Personalien

Vorname, Name	<input type="text"/>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Steuerort	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Bürgerort	<input type="text"/>	Kanton	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>	Geb. datum	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Beruf (vor Pensionierung)	<input type="text"/>		
gegenwärtiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Institution (Name)	<input type="text"/>

2. Nächste Angehörige, Verwandte, Bekannte

A	Vorname, Name	<input type="text"/>		
	Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>		
	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
B	Vorname, Name	<input type="text"/>		
	Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
	Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>		
	Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

3. Rechnungsempfänger

Vorname, Name	<input type="text"/>		
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

4. Garanten

Name der Krankenkasse	<input type="text"/>	Bitte Kopie Krankenkassenkarte beilegen
Name der Haftpflichtversicherung	<input type="text"/>	

5. Ärztliche Betreuung

Hausarzt	<input type="text"/>		
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

6. Gesetzlicher Vertreter

<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> keinen		
Vorname, Name	<input type="text"/>		
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>