

Für ein Pflege-Zimmer im Wisli am See, Richterswil ☐

Für ein Zimmer in der Wohngruppe Drei Eichen, Samstagern ☐

Wohnform und Gewünschter Eintritt	
☐ Daueraufenthalt	☐ Kurzzeitaufenthalt/Ferienaufenthalt Min. 14 Tagen Von bis
☐ Dringend	☐ Vorsorglich

Personalien			
Familienname		Lediger Name	
Vorname		Geburtsdatum	
Zivilstand		AHV-Nummer	
Heimatort		Geburtsort	
Konfession			

Personalien Zweitmieter/Zweitmieterin			
Familienname		Lediger Name	
Vorname		Geburtsdatum	
Zivilstand		AHV-Nummer	
Heimatort		Geburtsort	
Konfession			

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Telefon		Mobiltelefon	
E-Mail			

Gegenwärtiger Aufenthaltsort			
Aufenthaltsort			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Telefon		Mobiltelefon	
E-Mail			

Nächste Angehörige / Bezugspersonen			
Erste Ansprechperson / Primärangehörige Person			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			
Zweite Ansprechperson			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			
Weitere Angehörige / Bezugspersonen			
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad/ Verhältnis zur Person			

Vertretung / Beistand / Bevollmächtigte Person			
<i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i>			
☐ Gemäss Vorsorgeauftrag	☐ Beistand	Art der Beistandschaft ☐ Vertretungsbeistandschaft ☐ Umfassende Beistandschaft	
Familienname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	

Ärzte			
Hausarzt/Hausärztin			
Name		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	
Weitere Ärzte (Augenarzt/Augenärztin, Zahnarzt/Zahnärztin)			
Name		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	
Weitere Ärzte			
Name/Vorname		Vorname	
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon Praxis		E-Mail	

Versicherungen (obligatorisch)			
Krankenkasse			
Gesellschaft			
Versicherungsnummer			
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon		E-Mail	
Unfallversicherung			
Gesellschaft			
Versicherungsnummer			
Strasse		Nr.	
PLZ / Ort		Ort	
Telefon		E-Mail	
Haftpflicht-Versicherung			
Gesellschaft			
Police-Nr.			

Dokumente	
<i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i>	
Patientenverfügung	☐ Ja ☐ Nein
Bestattungswunsch	☐ Ja ☐ Nein
Vorsorgeauftrag	☐ Ja ☐ Nein

Rechnungsadresse			
Rechnung direkt an Bewohner / Bewohnerin		☐ Ja ☐ Nein	
Rechnung an folgende Person senden			
Familienname		Vorname	
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Telefon Privat		Mobiltelefon	
Telefon Geschäft		E-Mail	
Verwandtschaftsgrad			

Benötigen Sie ein Kellerabteil	
☐ Ja	☐ Nein

Zustellung Hauszeitung «Wisli-Poscht»	
☐ Per Post	☐ Per E-Mail an

Lebensmittelallergien / Spezielle Kostformen

Bemerkung / Weitere Angaben

Ort / Datum

Unterschrift