

Personalien

Frau Herr

Familienname *

Vorname *

Strasse *

PLZ/Wohnort *

Telefon *

E-Mail

Zivilstand

Geburtsdatum *

Geburtsort

AHV-Nummer

Heimatort

Heimatschein
hinterlegt in

Konfession: evangelisch katholisch andere

Besteht derzeit eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Hausarzt
Name und
Adresse

Krankenkasse/
Sektion

Vers.-Nr.

Gegenwärtiger
Aufenthaltort

Seit

* Pflichtfelder

Gewünschte Wohn- und Betreuungsform *

Daueraufenthalt

Kurz- und Ferienaufenthalt

Wohnen mit Pflege und Betreuung

Geschützte Wohngruppe für Menschen mit Demenz

1er-Zimmer

2er-Zimmer

1er- oder 2er-Zimmer

2½-Zimmerwohnung „Betreutes Wohnen“, Krankenhausstrasse 5 (Daueraufenthalt)

2½-Zimmer Pflegewohnung 5egg, Oberdorfstrasse 1 (Daueraufenthalt, 1 oder 2 Personen)

3½-Zimmer Pflegewohnung 5egg, Oberdorfstrasse 1 (Daueraufenthalt, nur für 2 Personen)

Gewünschter Eintritt *

dringlich (ich trete ein, sobald ein Zimmer/Bett, eine Wohnung frei ist)

vorsorglich (ich melde mich frühzeitig, bevor ich eintreten möchte)

Finanzielles

Ich regle meine finanziellen Angelegenheiten selbst

Ja

Nein

Wenn Nein: Meine finanziellen Angelegenheiten werden durch folgende von mir bestimmte Person erledigt:

Familienname

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Verwandschaftsgrad/Beziehung/Funktion

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Mobil

E-Mail

* Pflichtfelder

Erste/r Angehörige/r oder Beistand (Kontaktperson)

Familienname	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Verwandschaftsgrad/Beziehung/Funktion	
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobil	E-Mail

Zweite/r Angehörige/r

Familienname	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Verwandschaftsgrad/Beziehung/Funktion	
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobil	E-Mail

Dritter/r Angehörige/r

Familienname	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Verwandschaftsgrad/Beziehung/Funktion	
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobil	E-Mail

Wir arbeiten nach den Grundsätzen der Palliativpflege. Dabei werden körperliche, psychische, soziale, spirituelle und auch religiöse Aspekte berücksichtigt. Das bedeutet für uns: Eine Freitodbegleitung können wir in unserer Institution nicht zulassen. Menschen, die den Wunsch nach Sterbehilfe haben, bitten wir, die entsprechende Unterstützung ausserhalb des Wohn- und Pflegeheim Flawil und des Standorts 5egg in Anspruch zu nehmen.

Mitglied einer Sterbehilfeorganisation *

Ja

Nein

Rückfragen an *

Interessent/in

Tel. Privat

Mobil

Tel. Geschäft

Bemerkungen

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und akzeptiert unsere Taxordnungen.

Ort/Datum *

Familienname/Vorname *

Unterschrift

Bei elektronischem Versand keine Unterschrift notwendig

* Pflichtfelder