

Interesse an Aufenthaltsangebot

Daueraufenthalt Entlastung Brückenangebot Palliativangebot

Personalien

Frau Herr Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon Privat _____ Mobil _____

AHV–Nummer 756. _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Heimatort _____

Krankenkasse Grundversicherung _____ Versicherten-Nr. _____

Versicherungskarten-Nr. (20stellig): 807 _____

Eintrittswunsch sobald als möglich, die Beratungsstelle meldet sich, sobald ein Platz verfügbar ist.
 noch unbestimmt, wenn sich etwas an Ihrer gesundheitlichen Situation ändert und sich ein Eintritt abzeichnet, bitte um Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle

Wunsch-Aufenthaltsort in der Thurvita

Alterszentrum Sonnenhof Pflegezentrum Fürstenau Demenzstation Bergholz
 Altersheim Rosengarten Pflegewohnung Engi

Zimmerwunsch 1er Zimmer 2er Zimmer

Bezugsperson / Kontaktadresse für Rückfragen

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Beziehungsgrad _____ Tel-Nr. Privat _____

Mobil-Nr. _____ Tel-Nr. Geschäft _____

E-Mail _____ Erreichbarkeit _____

Ort, Datum _____

Zu Ihrer Information: Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeitenden der Beratungsstelle 071 914 66 66, beratungsstelle@thurvita.ch