



Alterspflegeheim Debora AG  
Kreuzlingerstrasse 83  
CH-8580 Amriswil  
Tel. 071 414 00 70  
Fax 071 414 00 71  
sekretariat@aph-debora.ch  
www.aph-debora.ch

## Eintritt ins Alterspflegeheim Debora AG

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Schriften:** \_\_\_\_\_ **Heimatort:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_ **Zivilstand:** \_\_\_\_\_

**PLZ + Ort:** \_\_\_\_\_

**Strasse/Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**AHV-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Sektion:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse-  
Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Rechnung geht an:** \_\_\_\_\_

**Ergänzungsleistungen:** Ja:  \_\_\_\_\_ Nein:  \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Nächste Angehörige:** **Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:** Ja:  Nein:

**Ort, Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_