

Anmeldeformular BSB Spitex

1. Spitex-Angebot für Bewohnende

Name*

Vorname*

Strasse*

PLZ*

Ort*

Geburtsdatum*

Telefon*

E-Mail

Zivilstand

Konfession

Krankenkasse*

AHV-Nr.*

2. Gewünschte Pflegerische Leistungen (Frequenz)

3. Medizinisch relevante Diagnosen

4. Hausarzt

Name

Strasse

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

5. Angehörige

Name

Strasse

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Kontaktaufnahme bis (Datum)

6. Weitere involvierte Fachpersonen (z. B. Fachärzte, Beistandschaft)