



**St. Antonius**  
Heim & Hospiz

# Hospiz Anmeldeformular

---

## 1. Personalien

Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:  
Konfession:  
Telefon:  
Geburtsdatum:  
AHV-Nr.:  
Heimatort:  
Heimatschein deponiert in der Gemeinde:  
  
Krankenkasse:  
Mitglied-Nr.:

## 2. Angehörige / Kontaktpersonen

Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:  
Telefon:  
Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:  
Telefon:  
Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:  
Telefon:

## 3. Hausarzt

Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:  
Die Diagnose des Arztes ist der Anmeldung beizulegen.

## 4. Rechnung geht an

Name:  
Vorname:  
Adresse:  
PLZ:            Ort:

## 5. Vereinbarung

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Aufenthalt im Hospiz für mich beendet wird, wenn sich mein gesundheitlicher Zustand verbessert oder soweit stabilisiert, dass mein Lebensende nicht mehr unmittelbar bevorsteht. Der Entscheid über den Zeitpunkt der Rückkehr wird im gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten und dem Arzt getroffen.

Besondere Wünsche und Bemerkungen

Ort und Datum:

Unterschrift: