



## Angehörige

### Ehemann / Ehefrau / Lebenspartner/in

Name: \_\_\_\_\_  
Lediger Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_  
Natel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Hauptbezugsperson

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_  
Natel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### Weitere

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

### Weitere, ev. Seelsorger/in

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Von der Sozialberatung auszufüllen:**  
Der Bewohnende kommt von \_\_\_\_\_



## Angaben z.H. Pflegedokumentation

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

### 5. Ausbildung und ehemalige berufliche Tätigkeiten (möglichst vollständig)

---

---

---

---

### 6. Persönliches (Interessen, Hobbies, usw.)

---

---

---

---

### 7. Gripeschutzimpfung

Frau / Herr \_\_\_\_\_ wurde bisher gegen Grippe geimpft

ja  nein  unbekannt

eine Gripeschutzimpfung ist in Zukunft aus meiner Sicht

wünschenswert  nicht wünschenswert

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte adressieren an:

**Alterspflegeheim Region Burgdorf**  
**Sozialberatung**  
**Einschlagweg 38**  
**3400 Burgdorf**  
**034 421 91 11/20**  
[sozialberatung@aphburgdorf.ch](mailto:sozialberatung@aphburgdorf.ch)