

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: _____

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