

Anmeldung

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Einzimmerwohnung

Zweizimmerwohnung

dringlich

vorsorglich ab _____

Familienname _____

lediger Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Heimatort _____

AHV-Nummer _____

Zivilrechtliche Wohnadresse

Strasse / Nr. _____

Telefon _____

PLZ / Ort _____

Natel _____

E-Mail _____

Hausarzt

Name / Vorname _____

Tel. Praxis _____

PLZ / Ort _____

Strasse / Nr. _____

Arzt bei Heimaufenthalt

Name / Vorname _____

Tel. Praxis _____

PLZ / Ort _____

Strasse / Nr. _____

Bitte wenden.

Nächste Angehörige

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte / Beistand)

Erste Ansprechperson / Vertrauensperson

Verwandtschaftsgrad _____

Name _____

Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon privat _____

Telefon Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Krankenkasse

Gesellschaft _____

Vers.-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Strasse / Nr. _____

Telefon _____

Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)

Gesellschaft _____

Vers.-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Strasse / Nr. _____

Telefon _____

Haftpflicht-Versicherung

Gesellschaft _____

Police-Nr. _____

Patientenverfügung

ja

nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen

ja

nein

Bemerkungen

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.