

ANMELDEFORMULAR

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
(bei Frauen auch Mädchenname)

Strasse: _____ Nr. _____ PLZ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Geburtsdatum: _____

Heimatort: _____ Steuergemeinde: _____

Konfession: reformiert katholisch protestantisch andere

Versicherungen:

AHV - Nr.: _____ zuständige Ausgleichskasse: _____

Krankenkasse: _____ Mitgliedernummer: _____ Sektion: _____

Versicherungskat.: allgemein halbprivat privat

Versicherungsart: Grundversicherung Zusatzversicherung Zusatzversicherungen:

Hausarzt: Werden Sie weiterhin von Ihrem Arzt betreut? JA:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____ PLZ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Nein: ich wechsele zum Heimarzt

Weitere Angaben:

Allfälliger gesetzlicher Vertreter:
Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____ PLZ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Nähere Angehörige, die sich um den Bewohner kümmern:
Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____ PLZ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Dringlichkeit: dringend auf Warteliste Zimmerwunsch: _____

Die Pflegerechnungen sind zu senden an:
Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Nr. _____ PLZ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen