

Anmeldeformular

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Adresse	_____	Nationalität	_____
Postleitzahl, Ort	_____	Heimatort	_____
Konfession	_____	Früherer Beruf (Tätigkeit)	_____
AHV-Nr.	_____	gesetzlich angemeldet in:	_____
Telefon-Nr.	_____		
E-Mail	_____		

(Bitte das jeweils Zutreffende nachfolgend ankreuzen)

Finanzierungsart	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
	<input type="checkbox"/> mit Ergänzungsleistung	(Bitte Kopie beilegen)
	<input type="checkbox"/> mit Hilflosenentschädigung	(Bitte Kopie beilegen)
Administration/ Finanzen	<input type="checkbox"/> Eigenverantwortlich	
	<input type="checkbox"/> zuständiges Familienmitglied	Name: _____
	<input type="checkbox"/> Beistandschaft	Name: _____
	<input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag Kopie	
	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung Kopie	

Krankenkasse _____

Hausarzt Name, Adresse und Telefonnummer

Nächste Angehörige
Freunde/Bekannte

Grad _____

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Tel. P. _____

Tel. G. _____

Natel _____

E-Mail _____

Rechnungszahler

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Tel. P. _____

Tel. G. _____

Natel _____

E-Mail _____

Frühester Eintritt _____

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Kopien bei:

- aktueller Arztbericht
- Steuererklärung (Veranlagung)
- ID/Pass
- Krankenkasse

Vielen Dank!

Ort und Datum: _____

Unterschrift _____
InteressentIn oder gesetzl. VertreterIn