

Anmeldung

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Zivilstand:** _____

AHV-Nr.: _____ **Konfession:** _____

Heimatort: _____ **Kanton:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Telefon: _____ **Mobile:** _____

Krankenkasse: _____ **Mitglied-Nr.:** _____

Karten-Nr.: _____

Hausarzt: _____ **Telefon:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Sind Vorkehrungen für eine allfällige Vertretung getroffen worden?

Patientenverfügung Ja Nein Vorsorgeauftrag Ja Nein

Beistandschaft Ja Nein Ergänzungsleistungen Ja Nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen, wenn ja, bitte eine Kopie der vorhandenen Dokumente der Anmeldung beilegen.

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Bezugsperson 1

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Telefon: _____ **Mobile:** _____

Verwandschaftsgrad: _____ **E-Mail:** _____

Bezugsperson 2

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Telefon: _____ **Mobile:** _____

Verwandschaftsgrad: _____ **E-Mail:** _____

Rechnungsempfänger

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Telefon: _____ **Mobile:** _____

E-Mail: _____

Datum / Unterschrift

Datum: _____ **Unterschrift:** _____