



Anmeldeformular

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Strasse/Nr.	_____	Nationalität	_____
PLZ/Ort	_____	Heimatort	_____
Konfession	_____	Früherer Beruf (Tätigkeit)	_____
AHV-Nr.	_____	gesetzlich angemeldet in:	_____

(Bitte das jeweils Zutreffende nachfolgend ankreuzen)

Finanzierungsart Selbstzahler

mit Ergänzungsleistung (Bitte Kopie beilegen)

mit Hilflosenentschädigung (Bitte Kopie beilegen)

Administration/Finanzen Eigenverantwortlich

zuständiges Familienmitglied Name: _____

Beistand Name: _____

Vorsorgeauftrag Kopie

Patientenverfügung Kopie

Krankenkasse _____

20ig stellige Kartennummer _____

Hausarzt Name, Adresse, Telefonnummer

Nächste Angehörige
Freunde/Bekannte

Grad _____
Name _____
Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Tel. Privat _____
Tel. Geschäft _____
Natel _____
E-Mail _____

Rechnungszahler

Name _____
Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Tel. Privat _____
Tel. Geschäft _____
Natel _____
E-Mail _____

frühester Eintritt _____

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Kopien bei:

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

Vielen Dank!

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Interessent*in oder gesetzlicher Vertreter*in