

Anmeldeformular

- Dringende Anmeldung (Kontaktaufnahme innert 3 Tagen erwünscht)
- Vorsorgliche Anmeldung Gewünschter Eintrittstermin: _____
- demenzielle Entwicklung feststellbar?
- Für Ferien/Kurzzeitaufenthalt bitte direkte Kontaktaufnahme unter Telefon Nr. 031 809 17 22

Name:	Vorname:
Strasse, PLZ / Ort:	
Heimatort:	Steuerpflichtig in:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Konfession:	Telefon-Nr.:
Arzt:	AHV-Nr.: 756.
Krankenkasse Name:	K-Karten Nr.: 807
	K-Versicherungs Nr.:

Bezieht: <input type="checkbox"/> AHV-Rente <input type="checkbox"/> IV-Rente <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> Hilflosen Entschädigung
Vorsorgeauftrag vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Beistandschaft vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?

Angehörige / Bezugspersonen		
Name:	Vorname:	Wie verwandt:
Adresse:		Telefon:
Name:	Vorname:	Wie verwandt:
Adresse:		Telefon:
Name:	Vorname:	Wie verwandt:
Adresse:		Telefon:
Ort, Datum:		Unterschrift: