

# Anmeldeformular

dringende Anmeldung

vorsorgliche Anmeldung

## Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Ort
Telefonnummer	
Geburtsdatum	Zivilstand
Heimatort	Steuerpflichtig in
Konfession	AHV-Nr.

## Krankenkasse Grundversicherung

## Krankenkasse Zusatzversicherung

Versicherung	Versicherung
Karten-Nr.	Karten-Nr.
Versicherungs-Nr.	Versicherungs-Nr.

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden:  nein  ja, wo hinterlegt: \_\_\_\_\_

Beistandschaft vorhanden:  nein  ja, bitte Kopie der Urkunde beilegen

## Bezugsperson Pflege & Betreuung (Hauptansprechperson)

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handy
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

**Bezugsperson Finanzen**

Name	Vorname
Strasse	PLZ, Ort
Telefonnummer	Handy
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

**Rechnungsempfänger****Gesetzliche Vertretung (bei Beistandschaft)**

	Organisation
Name Vorname	Name Vorname
Strasse	Strasse
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefonnummer	Telefonnummer
E-Mail	E-Mail

Die vorliegenden Daten werden vertraulich behandelt. Die Anmeldung hat informellen Charakter und ist für beide Seiten unverbindlich.

Garantien für fixe Eintrittsdaten können nicht gewährt werden.

Beim Eintritt ist eine Sicherheitsleistung gemäss gültiger Tarifübersicht zu hinterlegen.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Persönliche Unterschrift  
(oder gesetzliche Vertretung)

Formular senden