



## Anmeldung

### Wohnform:

- Einzelzimmer  
 Einzelzimmer Demenzabteilung  
 Komfortzimmer  
 Ferienbett

---

### Gewünschtes Eintrittsdatum:

- dringlich  
 vorsorglich ab: \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_ lediger Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ neue AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_

### Zivilrechtliche Wohnsitzadresse (Schriften):

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Krankenkasse:

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG):

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_



**Hausarzt:**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

**Zuständiger Arzt im Alterszentrum:**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

Rechnung an Seniorin / Senior

JA

NEIN

**Wenn nicht Selbstzahler, bitte ausfüllen:**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  Beistand  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_  
Tel. G. \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Nächste Angehörige:**

*(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte...)*

**Erste Ansprechperson/Vertrauensperson:**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_



**Weitere Angehörige / Bezugspersonen:**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel. P. \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel. P. \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

Der Anmeldung ist **zwingend** eine beidseitige Kopie des Personalausweises beizulegen.

**Vorsorgeauftrag:**

JA

NEIN

**Patientenverfügung:**

JA

NEIN

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alle Angaben werden vertraulich behandelt.**

Ort/Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Seniorin / Senior / Vertretung:

\_\_\_\_\_