



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/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Tel. P. _____

Tel. G. _____

Natel _____

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Tel. P. _____

Tel. G. _____

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:
