

## ANMELDEFORMULAR

### Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(bei Frauen auch Mädchenname)

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Steuergemeinde: \_\_\_\_\_

Konfession:  reformiert  katholisch  protestantisch  andere

### Versicherungen:

AHV - Nr.: \_\_\_\_\_ zuständige Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitgliedernummer: \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_

Versicherungskat.:  allgemein  halbprivat  privat

Versicherungsart:  Grundversicherung  Zusatzversicherung  Zusatzversicherungen:

Hausarzt: Werden Sie weiterhin von Ihrem Arzt betreut? JA:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Nein:  ich wechsele zum Heimarzt

### Weitere Angaben:

Allfälliger gesetzlicher Vertreter:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Nähere Angehörige, die sich um den Bewohner kümmern:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Dringlichkeit:  dringend  auf Warteliste Zimmerwunsch: \_\_\_\_\_

Die Pflegerechnungen sind zu senden an:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen