

Anmeldeformular

- Daueraufenthalt Eintritt am _____
- Kurzaufenthalt von _____ bis _____
- Tagesgast von _____ bis _____

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ Mobil Nr. _____

Geburtsort- und Datum _____ AHV Nr. _____

Heimatort _____ Staatsangehörigkeit _____

Namen der Eltern _____

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden seit **DATUM** _____

Wohnhaft in der Gemeinde seit _____ Wohnhaft im Kanton seit _____

Beruf (vor der Pensionierung) _____ Konfession _____

Hausarzt, Name _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ FAX Nr. _____

Mobil Nr. _____ E-Mail _____

Weitere Fachärzte wie Augenarzt, Dermatologe, Zahnarzt (Angaben nur bei Bedarf)

Name _____ Ort _____ Telefon Nr. _____

Name _____ Ort _____ Telefon Nr. _____

Name _____ Ort _____ Telefon Nr. _____

Krankenkasse Hauptsitz Name

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ Mobil Nr. _____

Versicherungs Nr. _____ Karten Nr. _____

Bank- oder Postverbindung (für evtl. Rückzahlungen)

Name der Bank _____ Kontoinhaber _____

Konto Nr. _____ IBAN Nr. _____

Angehörige / Vertrauensperson / Gesetzliche Vertretung

1. Kontakt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ E-Mail _____

Mobil Nr. _____

Verwandtschaftsgrad / Funktion _____

2. Kontakt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ E-Mail _____

Mobil Nr. _____

Verwandtschaftsgrad / Funktion _____

3. Kontakt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon Nr. _____ E-Mail _____

Mobil Nr. _____

Verwandtschaftsgrad / Funktion _____

Korrespondenz- und Rechnungsempfänger 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt

Benachrichtigung im Notfall 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt
 Tag Nacht

Benachrichtigung im Todesfall 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt
 Tag Nacht

Bitte folgende Beilagen unbedingt beilegen

- Kopie der Krankenkassenkarte (beide Seiten)
- Aufnahmevertrag
- Vollmacht bei Ergänzungsleistungsbezüger

Sofern vorhanden, bitte auch folgende Unterlagen (Kopien) beilegen

- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag / Ernennungsurkunde KESB
- Bezug Ergänzungsleistung zur AHV
- Bezug Hilflosenentschädigung