

Anmeldeformular

- Daueraufenthalt
 Kurzzeitaufenthalt

Eintritt am
von bis

Personalien

Name Vorname
Strasse, Nr. PLZ, Ort
Telefon Nr. Mobil Nr.
Geburtsdatum Geburtsort
AHV Nr. **Aktueller Aufenthaltsort**
Heimatort Staatsangehörigkeit
Wohnhaft in der Gemeinde seit Wohnhaft im Kanton seit
Zivilstand ledig / verheiratet / verwitwet / geschieden seit **DATUM**
Beruf (vor Pensionierung) Konfession

Krankenkasse Hauptsitz

Name PLZ, Ort
Kunden/Vers.-Nr. Karten Nr.

Bitte legen Sie Kopien beider Seiten der Krankenkassenkarte und der ID bei.

Hausarzt, Name
Strasse/Nr. PLZ, Ort
Telefon Nr. Mobil Nr.
E-Mail Fachgebiet

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

Name Ort Telefon Nr.
Name Ort Telefon Nr.
Name Ort Telefon Nr.

Bank- oder Postverbindung (für evtl. Rückzahlungen)

Name der Bank Kontoinhaber
Konto Nr. IBAN Nr.

Angehörige / Vertrauensperson / Gesetzliche Vertretung

1. Kontakt

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Mobil Nr.	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad / Funktion	<input type="text"/>

2. Kontakt

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Mobil Nr.	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad / Funktion	<input type="text"/>

3. Kontakt

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Mobil Nr.	<input type="text"/>	Verwandtschaftsgrad / Funktion	<input type="text"/>

Korrespondenz- und Rechnungsempfänger

Heimrechnung: via Post per Mail

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 zutreffendes ankreuzen

Patientenverfügung

ja* nein

Vorsorgeauftrag

ja* nein

Ergänzungsleistung

ja* nein angemeldet

Hilflosenentschädigung

ja* (leicht mittel schwer) angemeldet

* Bitte jeweils eine Kopie der Anmeldung beilegen.

Bitte folgende Unterlagen unbedingt beilegen

- ID und Krankenkassenkarte
- Wohnsitzbestätigung (sofern nicht in Binningen wohnhaft)
- Kopie der letzten definitiven Steuerverfügung sowie AHV- und Rentenbestätigung
- Vollmacht bei Ergänzungsleistungsbezügen