

Eintritt _____
Zimmer-/Wg.-Nr. _____
Telefon-Nr. _____

Anmeldung

Wohnform:

- 1-Zimmer-Wohnung 2-Zimmer-Studio 3-Zimmer-Wohnung
 2-Zimmer-Wohnung 2½-Zimmer-Wohnung Pflegeabteilung
 Parkplatz in Tiefgarage

-
- Übergangsaufenthalt/Ferienaufenthalt von: _____ bis: _____
 Tagesaufenthalt von: _____ bis: _____

Gewünschtes Eintrittsdatum:

- dringlich Vorsorglich ab: _____

Familienname _____ lediger Name _____
Vorname _____ Beruf _____
Geburtsdatum _____ Konfession _____
Zivilstand _____ AHV-Nummer _____
Heimatort _____

Bemerkungen

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse:

Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

Strasse/Nr. _____ Telefon _____
PLZ/Ort _____ Natel _____
E-Mail _____

Krankenkasse:			
Gesellschaft	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		
Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG):			
Gesellschaft	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		

Hausarzt:			
Name/Vorname	<input type="text"/>	Tel. Praxis	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Arzt bei Heimaufenthalt:			
Name/Vorname	<input type="text"/>	Tel. Praxis	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>

Rechnungsempfänger (wenn nicht Selbstzahler bitte ausfüllen)

Selbstzahler Ja Nein

Verwandtschaftsgrad

Name/Vorname <input type="text"/>	Tel. Privat <input type="text"/>
Strasse/Nr. <input type="text"/>	Tel. Geschäft <input type="text"/>
PLZ/Ort <input type="text"/>	Natel <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	

Nächste Angehörige:

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

1. Ansprechperson/Vertrauensperson:

Verwandtschaftsgrad

Name/Vorname <input type="text"/>	Tel. Privat <input type="text"/>
Strasse/Nr. <input type="text"/>	Tel. Geschäft <input type="text"/>
PLZ/Ort <input type="text"/>	Natel <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	

Weitere Angehörige:

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

Natel _____

Verwandtschaftsgrad _____

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

Natel _____

Haftpflicht-Versicherung:

Gesellschaft _____

Policen-Nr. _____

Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

Ort/Datum

Unterschrift Bewohnerin oder Stellvertreterin