

Eintritt \_\_\_\_\_  
Zimmer-/Wg.-Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

## Anmeldung

### Wohnform:

- 2½ -Zimmer-Wohnung (50 m<sup>2</sup>)       3½ -Zimmer-Wohnung (76 m<sup>2</sup>)  
 2½ -Zimmer-Wohnung (78 m<sup>2</sup>)       3½ -Zimmer-Wohnung (96 m<sup>2</sup>)  
 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 \_\_\_\_\_

### Zivilrechtliche Wohnsitzadresse:

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

<b>Krankenkasse:</b>	
Gesellschaft _____	Vers.-Nr. _____
PLZ/Ort _____	Strasse/Nr. _____
Telefon _____	
<b>Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG):</b>	
Gesellschaft _____	Vers.-Nr. _____
PLZ/Ort _____	Strasse/Nr. _____
Telefon _____	

<b>Hausarzt:</b>	
Name/Vorname _____	Tel. Praxis _____
PLZ/Ort _____	Strasse/Nr. _____
<b>Arzt bei Heimaufenthalt:</b>	
Name/Vorname _____	Tel. Praxis _____
PLZ/Ort _____	Strasse/Nr. _____

**Rechnungsempfänger**

Rechnung an Bewohner / Bewohnerin  Ja  Nein

**Wenn nicht Selbstzahler, bitte ausfüllen:**

Verwandtschaftsgrad _____	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> Vormund
Name _____	Vorname _____	
Strasse _____	Postleitzahl _____	
Ort _____	Telefon Privat _____	
Telefon Geschäft _____	Natel _____	
E-Mail _____		

**Nächste Angehörige / Bezugspersonen:**

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

**1. Ansprechperson/Vertrauensperson:**

Verwandtschaftsgrad _____	
Name/Vorname _____	Tel. Privat _____
Strasse/Nr. _____	Tel. Geschäft _____
PLZ/Ort _____	Natel _____
E-Mail _____	

**Weitere Angehörige / Bezugspersonen:**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
 Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

**Haftpflicht-Versicherung:**

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Policen-Nr. \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**

Ja  Nein

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Alle Angaben werden vertraulich behandelt!**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Bewohnerin/Bewohner/Vertretung