

Eintritt _____
Zimmer-Nr. _____
Telefon-Nr. _____



Anmeldung

Wohnform:

- 1-er Zimmer
 2-er Zimmer

Übergangsaufenthalt/Ferienaufenthalt von: _____ bis: _____
 Festaufenthalt ab: _____

Gewünschtes Eintrittsdatum:

- dringlich Vorsorglich ab: _____
-

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

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse:

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

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

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

Krankenkasse:

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____
 Telefon _____

Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG):

Gesellschaft _____ Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____
 Telefon _____

Hausarzt:

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____
 PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Arzt bei Heimaufenthalt:

Name/Vorname _____ Tel. Praxis _____
 PLZ/Ort _____ Strasse/Nr. _____

Rechnungsempfänger

Rechnung an Bewohner / Bewohnerin Ja Nein

Wenn nicht Selbstzahler, bitte ausfüllen:

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

Nächste Angehörige / Bezugspersonen:

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

1. Ansprechperson/Vertrauensperson:

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

Weitere Angehörige / Bezugspersonen:

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. _____

Patientenverfügung:

Ja

Nein

Bemerkungen: Bei Eintritt bitte mitbringen

- Krankenkassenkarte
- Kopie Familienbüchlein

Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

Ort/Datum

Bewohnerin/Bewohner/Vertretung