

ANMELDEFORMULAR

für

Wohnung Nr. _____

Pflegezimmer Nr. _____

mit Einstellhallenplatz

Daueraufenthalt Kurzaufenthalt

Einzug per _____

PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Person

2. Person

Name _____

amtl. Vorname _____
(gem. Pass / ID)

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Ehemaliger Beruf _____

AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____

Anschrift der KK _____

Mitgliedernummer _____

Versicherungsklasse _____

1. Person

2. Person

Haftpflichtvers. _____

Policen-Nr. _____

Rechnungsadresse
(falls nicht Bewohner)

MEDIZINISCHE ANGABEN

HAUSARZT

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Patientenverfügung

Ja

Nein

Ja

Nein

REA (Reanimation)

Ja

Nein

Ja

Nein

ANGEHÖRIGE

wichtigste Kontaktperson

weitere Kontaktperson

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____