

## ANMELDEFORMULAR

für

Wohnung Nr. \_\_\_\_\_  Pflegezimmer Nr. \_\_\_\_\_

mit Tiefgaragenplatz

Einzug per \_\_\_\_\_

## PERSÖNLICHE ANGABEN

	1. Person	2. Person
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Strasse	_____	_____
PLZ / Ort	_____	_____
Telefon	_____	_____
Natel	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Heimatort	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Letzter Wohnsitz	_____	_____
Zivilstand	_____	_____
Konfession	_____	_____
Ehemaliger Beruf	_____	_____
Bankverbindung	_____	_____
AHV-Nr.	_____	_____
Krankenkasse	_____	_____
Anschrift der KK	_____	_____
Mitgliedernummer	_____	_____
Versicherungsklasse	_____	_____
Haftpflichtvers.	_____	_____
Police Nr.	_____	_____

	1. Person	2. Person
Rechnungsadresse	_____	_____
(falls nicht Bewohner/in)	_____	_____
	_____	_____

## MEDIZINISCHE ANGABEN

### Hausarzt

Vorname	_____	_____
Name	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon	_____	_____

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
REA (Reanimation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## ANGEHÖRIGE

	Wichtigste Kontaktperson	Weitere Kontaktperson
Vorname	_____	_____
Name	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon	_____	_____
Natel	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Verwandtschaftsgrad	_____	_____
Ort/Datum	_____	_____
Unterschrift/en	_____	_____