

Anmeldeformular

- Einzelzimmer Nr.: _____ DZ-Studio Nr.: _____ 1. OG 2. OG
- Daueraufenthalt Kurzaufenthalt Demenzabteilung _____
- Parkplatz Ja Nein

Persönliche Angaben

Gewünschter Einzugstermin _____

Name/Vorname gemäss Pass/ID _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Ehemaliger Beruf _____

AHV-Nummer _____

Krankenkasse mit Adresse _____

Mitgliedernummer _____

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

(Bitte beidseitige Kopie der Krankenkasse-Karte beilegen)

Haftpflichtversicherung _____

Policen-Nr. _____

Angehörige

Wichtigste Kontaktperson

Weitere Kontaktperson

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Rechnungsempfänger

Medizinische Angaben

Hausarzt, Zweiter Arzt oder Zahnarzt

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Fax

Vorsorgeauftrag

Ja / Nein

Patientenverfügung

Ja / Nein

REA (Reanimation)

Ja / Nein

Ort, Datum

Unterschrift
