



## Anmeldung

Daueraufenthalt  Tagesaufenthalt

Kurzaufenthalt (ca. Dauer) \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnsitzgemeinde und genaue Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

AHV-Nr. (bitte Kopie des AHV-Ausweises beilegen) \_\_\_\_\_

Momentaner Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter (Name, Funktion, Adresse, E-Mail, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angehörige oder Vertrauens-/Bezugspersonen (Name, Verwandtschaftsgrad, Adresse, E-Mail, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Heimrechnungen sind zu senden an: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie des Krankenausweises beilegen)

Behandelnder Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende wünscht Aufnahme des/der obgenannten Patienten/-in und bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_