



Anmeldung

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Über die Aufnahme entscheidet die zuständige Abteilung.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stationärer Eintritt | <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Vorsorglich | <input type="checkbox"/> Dringend |

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Personalien / Herkunft

Vorname & Name	
Wohnadresse	_____ <small>Strasse / Nummer</small> _____ <small>PLZ / Ort</small>
Lebensform	<input type="checkbox"/> alleine lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartner ausserhalb Heim <input type="checkbox"/> Lebenspartner im Heim lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartner in gleicher Wohneinheit
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Geburtsort	
Heimatort	
Herkunftsland	
Nationalität	
Ausländerbewilligung	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ci <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
Konfession	
AHV-Nr.	
Beruf	
Anzahl Kinder	

Angaben Krankenkasse

Name Krankenkasse	
Adresse Krankenkasse	_____ <small>Strasse / Nummer</small> _____ <small>PLZ / Ort</small>
Mitglieder-/Versicherungsnr.	
Nummer & Gültigkeit der Versicherungskarte (VEKA-Nr.)	

Angaben Hausarzt

Name Hausarzt	
Adresse Hausarzt	<hr/> <small>Strasse / Nummer</small> <hr/> <small>PLZ / Ort</small>

Angaben Vertrauensperson bzw. gesetzlicher Vertreter – Erstkontakt

Vorname & Name	
Wohnadresse	<hr/> <small>Strasse / Nummer</small> <hr/> <small>PLZ / Ort</small>
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Beziehungsstatus	

Weitere Kontaktpersonen – Zweitkontakt

Vorname & Name	
Wohnadresse	<hr/> <small>Strasse / Nummer</small> <hr/> <small>PLZ / Ort</small>
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Beziehungsstatus	

Vorname & Name	
Wohnadresse	<hr/> <small>Strasse / Nummer</small> <hr/> <small>PLZ / Ort</small>
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	
Beziehungsstatus	

Angaben Rechnungsempfänger/in und Korrespondenzempfänger/in

Die angegebene Person regelt die Bezahlung der Pensionskosten gemäss Taxordnung.

Vorname & Name Rechnungsempfänger/in	
Wohnadresse Rechnungsempfänger/in	_____ Strasse / Nummer _____ PLZ / Ort
Korrespondenzempfänger/in übrige / eingehende Post <small>(Wer soll die eingehende Post empfangen?)</small>	<input type="checkbox"/> Bewohner/in <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/in

Grund der Anmeldung

Situationsbericht / Stand	_____ _____ _____
----------------------------------	---------------------------------

Diverses / Weiteres

TV-Anschluss im Zimmer erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon-Anschluss im Zimmer erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja (CHF 30 monatlich) <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Informationen & Bemerkungen	_____ _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____