

Anmeldeformular

- Eintritt sobald als möglich
- Eintritt als Feriengast sobald als möglich
- Anmeldung auf die Warteliste

Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon-Nr.	Geburtsdatum
AHV-Nr.	Zivilstand
Konfession	Heimatort
Schriftenort	

Gesetzliche Vertretung bei Beistandschaft (wenn zutreffend)

Name / Vorname	Adresse
Telefon-Nr.	E-Mail

Hausarzt / Krankenkasse (bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

Hausarzt	
Krankenkasse	Versicherungsnummer
Kartenummer	Ablaufdatum

Rechnungsempfänger

Name / Vorname	Adresse
Telefon-Nr.	E-Mail

Vorsorgeauftrag / Patientenverfügung / Ergänzungsleistung

Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

1. Ansprechperson Unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Weitere Angehörige Sind berechtigt, Auskunft über den Gesundheitszustand zu erhalten

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Wohnort
Telefon-Nr.	Natel-Nr.
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Die / der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Geschäfts- / Pflegedienstleistung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäfts- / Pflegedienstleistung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____