



## Anmeldung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

### aktuelle Adresse

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

AHV/Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_ 756 ..... \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ anderes \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Mitgliednummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Bemerkung

---

---

---



### Nächste Angehörige

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

Bezug zur angemeldeten Person \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

anderes \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

Bezug zur angemeldeten Person \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

anderes \_\_\_\_\_

### gewünschter Eintrittstermin Alterszentrum

**bitte ankreuzen**

**bitte ankreuzen**

- Anmeldeleiste
- Dringlichkeitsliste
- Palliative Care
- Eintritt per \_\_\_\_\_

- Zimmer mit Lavabo
- Zimmer mit WC
- Zimmer mit Dusche\_WC
- Zimmer geschützte Gruppe

### Bemerkung

---

---

---

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

Unterschrift \_\_\_\_\_