

## Anmeldeformular

### Name und Adresse:

Vorname Name:		Tel. Nr.:	
Strasse, Nr.:		Heimatort:	
PLZ Ort:		Schriften deponiert in:	

### Angaben zu Ihrer Person:

Geburtsdatum:		AHV-Nr.:	
Konfession:		Zivilstand:	
Krankenkasse: (Name und Geschäftsstelle)		Mitglied Nr. Krankenkasse::	
Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)		Beziehen Sie: Ergänzungs- leistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Hilflosenent- schädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wünschen Sie:	<input type="checkbox"/> Einerzimmer	<input type="checkbox"/> Zweierzimmer
---------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Gewünschter Eintritt:	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt	<input type="checkbox"/> vorsorglich
	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt	<input type="checkbox"/> dringend
	<input type="checkbox"/> Tagesaufenthalt	

### Kontaktperson / Beistand / mögliche Rechnungsadresse:

Vorname Name:		Tel. Nr.:	
Strasse, Nr.:		Email-Adr.:	
PLZ Ort:		Wie verwandt:	

### Weitere Bezugspersonen:

Vorname Name:		Tel. Nr.:	
Strasse, Nr.:		Email-Adr.:	
PLZ Ort:		Wie verwandt:	
Vorname Name:		Tel. Nr.:	
Strasse, Nr.:		Email-Adr.:	
PLZ Ort:		Wie verwandt:	

Ort, Datum:	
Unterschrift:	