



ANMELDUNG

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohngruppe | <input type="checkbox"/> Geschützte Wohngruppe für Demenzerkrankte |
| <input type="checkbox"/> provisorische Anmeldung | <input type="checkbox"/> definitive Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> langfristiger Aufenthalt gewünschter Eintritt: _____ | <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt für voraussichtlich _____ Tage/Wochen |
| | <input type="checkbox"/> Erholung |

| | |
|---|-------------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ | Zivilstand: _____ |
| Vorname/Name Ehegattin/Ehegatte: _____ | |
| Heimatort: _____ | Konfession: _____ |
| Beruf: _____ | AHV-Nr.: _____ |
| Ausgleichskasse: _____ | |
| Wohnort: _____ | Strasse: _____ |
| Schriften in der Gemeinde: _____ | Tel. Nr.: _____ |
| Hausärztin/Hausarzt: _____ (Name, Adresse und Telefonnummer) | |
| Krankenkasse: _____ (Sektion, Adresse und Telefonnummer) | |
| Versicherten-Nr. Krankenkasse: _____ | |
| Versichertenkarten-Nr. Krankenkasse: _____ | |
| Unfallversicherung: _____ | |



Korrespondenz geht an: _____

Heimrechnung geht an: _____

Angehörige, Kontaktpersonen:

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon: P _____ G _____ Natel _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon: P _____ G _____ Natel _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon: P _____ G _____ Natel _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon: P _____ G _____ Natel _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon: P _____ G _____ Natel _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns Adressänderungen von Angehörigen bzw. Kontaktpersonen sowie Wechsel der Krankenversicherung oder der versicherten-Nr. umgehend melden