

Anmeldeformular

Bitte beachten Sie: Bei der Anmeldung von Ehepaaren bitte je ein Formular ausfüllen

Gewünschter Eintrittstermin: <input type="text"/>	Anmeldung auf Warteliste: <input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringlich Anmeldebestätigung senden an: _____
Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Telefon / Mobile	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Bürgerort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>
AHV-Nummer	<input type="text"/>
Schriften deponiert in	<input type="text"/> Seit: <input type="text"/>
Heutiger Aufenthaltsort	<input type="text"/> Seit: <input type="text"/>
Krankenkasse	Name <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Mitgliedernummer <input type="text"/> Versichertenkarten-Nr. (8075...) <input type="text"/>

<p>Hausarzt</p>	<p>Name <input type="text"/></p> <p>Adresse <input type="text"/></p> <p>Telefon <input type="text"/></p>
<p>Informationen Ihrer nächsten Angehörigen</p>	<p>1. Person</p> <p>Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/></p> <p>Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nummer <input type="text"/></p> <p>PLZ, Ort <input type="text"/></p> <p>Telefon / Mobile <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p> <p>2. Person</p> <p>Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/></p> <p>Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nummer <input type="text"/></p> <p>PLZ, Ort <input type="text"/></p> <p>Telefon / Mobile <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p> <p>3. Person</p> <p>Verwandtschaftsgrad: <input type="text"/></p> <p>Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>Strasse, Nummer <input type="text"/></p> <p>PLZ, Ort <input type="text"/></p> <p>Telefon / Mobile <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p>

2

Mit wem ist die erste Kontaktaufnahme gewünscht?	Name, Vorname: <input type="text"/>									
An wen sind unsere monatlichen Abrechnungen zu senden?	Name, Vorname: <input type="text"/>									
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt zuständige AHV-Ausgleichskasse: <input type="text"/>									
Monatliche Einnahmen:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">AHV:</td> <td style="width: 10%;">Fr:</td> <td style="width: 20%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Pensionskasse:</td> <td>Fr:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Andere:</td> <td>Fr:</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	AHV:	Fr:	<input type="text"/>	Pensionskasse:	Fr:	<input type="text"/>	Andere:	Fr:	<input type="text"/>
AHV:	Fr:	<input type="text"/>								
Pensionskasse:	Fr:	<input type="text"/>								
Andere:	Fr:	<input type="text"/>								
Welche Wohnform wünschen Sie?	<input type="checkbox"/> 1-Zimmer-Wohnung <input type="checkbox"/> 2-Zimmer-Wohnung									
Möchten Sie Ihr Haustier mitbringen?	<input type="checkbox"/> Ich habe kein Haustier <input type="checkbox"/> Ich habe ein Haustier und möchte es mitbringen Art: <input type="text"/>									

Die Person bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben, ermächtigt die Leitung oder die zuständige Pflegeverantwortliche beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet ihn von der Schweigepflicht gegenüber der Leitung.

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname:

Ort, Datum:

Unterschrift: _____