

Anmeldeformular

Name	_____	Vorname	_____
gemeldete Adresse	_____		
PLZ, Ort	_____	Tel. Nr.	_____
Heimatort	_____	Geb.-Datum	_____
Konfession	_____	Zivilstand	_____
Krankenkasse	_____	Sektion	_____
Vers. Nr.	_____	AHV-Nr.	_____
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Hausarzt	_____	Ort	_____

Primäre Kontaktperson / rechtliche Vertretung

Name	_____	Vorname	_____
Beziehung / Verwandtschaft	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> weitere <input type="checkbox"/> rechtl. Vertretung
Tel.-Nummer Privat	_____	Geschäft	_____
Tel.-Nummer Mobil	_____		
Adresse / PLZ Ort	_____		
E-Mail-Adresse	_____	Infos via E-Mail:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Kontaktadresse für	allgemeine Informationen / Einladungen: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		

Weitere Kontaktperson

Name	_____	Vorname	_____
Beziehung / Verwandtschaft	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> weitere <input type="checkbox"/> rechtl. Vertretung
Tel.-Nummer Privat	_____	Geschäft	_____
Tel.-Nummer Mobil	_____		
Adresse / PLZ Ort	_____		
E-Mail-Adresse	_____	Infos via E-Mail:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Kontaktadresse für	allgemeine Informationen / Einladungen: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		

Wer ist zuständig für die Regelung der Finanzierung?

Rechnungsadresse _____

Angaben zum gewünschten Aufenthalt

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegeabteilung Kurzzeit Känzeli | <input type="checkbox"/> Pflegeabteilung Langzeit Höchstweid |
| <input type="checkbox"/> Wohngruppe für Menschen mit Demenz | |
| <input type="checkbox"/> Einz Zimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung | <input type="checkbox"/> dringliche Anmeldung |

Bemerkungen _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____