# Gewünschtes Eintrittsdatum

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dringlich |  | Vorsorglich |
|  | Einzelzimmer |  | Doppelzimmer |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Daueraufenthalt | ab |  |  | |  | |
| Ferienaufenthalt | von |  | bis |  | |
| Tagesaufenthalt | von |  | bis |  | |

# Personalien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname |  |
| Lediger Name |  |  | Geburtsdatum |  |
| Zivilstand |  |  | Konfession |  |
| Heimatort |  |  | Heimatkanton |  |
| Nationalität |  |  | AHV Nr. |  |
| Telefon-Nr. |  |  | Mobile-Nr. |  |
| E-Mail |  | | |

# Zivilrechtliche Wohnsitzadresse

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Strasse / Nr. |  |  | PLZ / Ort |  |
| Wohnsitz seit |  |  |  |  |
| ☞ Bitte legen Sie der Anmeldung eine **Kopie der Identitätskarte oder vom Pass** bei. | | | | |

# Angehörige / Kontaktpersonen

## Erste Ansprechperson

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehungsgrad | |  |
| Name |  | |  | Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  | |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon P. |  | |  | Mobile-Nr. |  |
| Telefon G. |  | |  |  |  |
| E-Mail |  | | | |

## Weitere Angehörige

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehungsgrad | |  |
| Name |  | |  | Vorname | |  |
| Strasse / Nr. |  | |  | PLZ / Ort | |  |
| Telefon P. |  | |  | Mobile-Nr. | |  |
| Telefon G. |  | |  |  | |  |
| E-Mail |  | | | |

## Weitere Angehörige

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehungsgrad | |  |
| Name |  | |  | Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  | |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon P. |  | |  | Mobile-Nr. |  |
| Telefon G. |  | |  |  |  |
| E-Mail |  | | | |

## Weitere Angehörige

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehungsgrad | |  |
| Name |  | |  | Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  | |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon P. |  | |  | Mobile-Nr. |  |
| Telefon G. |  | |  |  |  |
| E-Mail |  | | | |

## Weitere Angehörige

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehungsgrad | |  |
| Name |  | |  | Vorname | |  |
| Strasse / Nr. |  | |  | PLZ / Ort | |  |
| Telefon P. |  | |  | Mobile-Nr. | |  |
| Telefon G. |  | |  |  | |  |
| E-Mail |  | | | |

# Arzt

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname | |  |
| Strasse / Nr. |  |  | PLZ / Ort | |  |
| Praxisname | Mobile-Nr. | | |

# Krankenkasse

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft |  |
| Agentur (Ort) |  |
| Versicherungs-Nr. | Mobile-Nr. |
| Versicherungskarten-Nr. |  |
| ☞ Bitte legen Sie der Anmeldung eine **Kopie der Versicherungskarte** bei. | | |

# Rechnungsempfänger (nur ausfüllen, wenn abweichend von Bewohner/in)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  |  | PLZ / Ort |  |

# Postzustellung (nur ausfüllen, wenn abweichend von Bewohner/in)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname |  |
| Strasse / Nr. |  |  | PLZ / Ort |  |

# Erwachsenenschutzrecht

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorsorgeauftrag |  | Nein |  | Ja | ☞ Kopie beilegen |
| Beistandschaft |  | Nein |  | Ja | ☞ Kopie Ernennungsurkunde beilegen |
| Patientenverfügung |  | Nein |  | Ja | ☞ Kopie beilegen |

# Zusätzliche Fragen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ergänzungsleistungen |  | Nein |  | Ja |  |
| Hilflosenentschädigung |  | Nein |  | Ja |  |

# Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Bewohner/in oder Vertretung |