

Anmeldung für Eintritt Bewohner

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und an die Administration zurückgeben

ZWINGENDE BEILAGEN ZU DIESER ANMELDUNG

- Ausweis-Kopie
- Krankenversicherung-Ausweis
- Falls vorhanden: Kopie Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

PERSONALIEN

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Telefon Nr.:
Zivilstand:	Konfession:
Heimatort:	AHV-Nr.:

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name:
Vorname:
Strasse/Nr.:
PLZ/Ort:
Tel. Privat:
Tel. Geschäft:
Natel:
E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

2. Bezugsperson

Name:
Vorname:
Strasse/Nr.:
PLZ/Ort:
Tel. Privat:
Tel. Geschäft:
Natel:
E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:

RECHNUNGSEMPFÄNGER / FINANZIELLES (Bitte Zutreffendes mit x bezeichnen)

1. Rechnungsempfänger ist Bewohner

2. anderer Rechnungsempfänger

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

Email:

Bezug zu Bewerber:

POST

1. Sämtliche Post dem Bewohner aufs Zimmer verteilen ja nein

2. Post an Angehörigen senden ja nein
(kostenpflichtig CHF 35.- / Monat pauschal)

3. Post wöchentlich am Empfang abholen (gratis)? ja nein

HAUSARZT

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon Nr.:

Fax Nr.:

E-Mail:

(zwingend)

KRANKENKASSE

KK-Name:

PLZ/Ort:

Mitglied Nr.:

Haben Sie eine Zusatzversicherung: Nein Ja

Name Krankenkasse Zusatzversicherung:

Datum _____ *Unterschrift* _____