

## Anmeldung

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_  
**Heimatort:** \_\_\_\_\_ **Nationalität:** \_\_\_\_\_  
**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_ **AHV-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Zivilstand:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_  
**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Schriften deponiert in:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Spitex:** \_\_\_\_\_ **Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Aufenthalt von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_  
 Daueraufenthalt       Ferienaufenthalt       Übergangsaufenthalt

### Rechnungsempfänger:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

### 1. Bezugsperson:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Verw. Grad:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Natel:** \_\_\_\_\_ **e-Mail:** \_\_\_\_\_

### 2. Bezugsperson:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Verw. Grad:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Natel:** \_\_\_\_\_ **e-Mail:** \_\_\_\_\_

Wechsel zum Heimarzt:       ja       nein

Patientenverfügung vorhanden:     ja       nein    Hinterlegt: \_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_