



## Anmeldeformular

### PERSONALIEN

Familienname

---

Vorname(n)

---

Geburtsdatum

---

Heimatorte (für Ausländer: Geburtsort)

---

Nationalität

---

Konfession

---

Zivilstand

---

AHV-Nr.

---

Wohnort

---

dort angemeldet seit

---

Adresse

---

Telefon-Nr.

---

gegenwärtiger Aufenthaltsort

---

### ÄRZTLICHE BETREUUNG / KRANKENVERSICHERUNG

Einweisender Arzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

---

Krankenversicherung (Name, zuständige Agentur/Geschäftsstelle, Mitglieder-Nr.)

---

Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.)

---

Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?

JA

NEIN<sup>\*)</sup>

---

## KONTAKTPERSONEN / ANGEHÖRIGE

### 1. Person / Gesetzlicher Vertreter

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

### 2. Person

Familienname / Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse / Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses

\_\_\_\_\_

## WEITERE ANGABEN / BEMERKUNGEN

Erhalten Sie bereits eine Hilflösenentschädigung?

JA

NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

JA

NEIN

Vorsorgliche Anmeldung

JA

NEIN

Dringliche Anmeldung

JA

NEIN

Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?

Einbettzimmer Haus Stockert

Einbettzimmer Haus Länzer

Zweibettzimmer Haus Stockert

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Ort)

\_\_\_\_\_

Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## UNTERSCHRIFT

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

### Bewohner

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Vertreter des Bewohners / Rechnungsempfänger

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_