

Anmeldung

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Adresse

Strasse: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____ Heimatort: _____

Ihre wichtigste Bezugsperson

Name Vorname: _____ Telefon: _____

das ist mein/e Ehepartner Sohn/Tochter _____

Adresse: _____

Weitere Bezugspersonen: _____

Hausarzt

Name/Praxis: _____ Ort: _____

Krankenkasse

Name: _____

Karten Nr. : 80756 _____ (20 Stellen)

AHV Nr.: 756. _____

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen:

Ich beurteile mich als...

- selbständig
- hilfsbedürftig
- pflegebedürftig
- schwer pflegebedürftig

Ich beziehe eine Hilflosenentschädigung:

- nein
- ja, seit _____
 - leicht
 - mittel
 - schwer

Meine Anmeldung ist...

- dringend**
Bitte nehmen Sie mit mir **Kontakt** auf,
wenn ein Zimmer frei wird
- vorsorglich**

Ich beziehe Ergänzungsleistungen:

- nein
- ja, seit _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____