



Anmeldung Pflegezimmer

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Heimatort: _____ Telefon: _____

Konfession: _____ AHV-Nr: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Wie sind Sie versichert? allgemein halbprivat

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? ja nein

Kontaktperson Angehörige / Gesetzliche Vertretung

Name / Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Weitere Angehörige: (Name/Adresse/Telefon/Mail/Verwandtschaftsgrad)

Rechnungsadresse/Finanzverwaltung: _____

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich Eintritt dringend erwünscht

Datum: _____ Unterschrift: _____