

## Anmeldung Pflegezimmer

### Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Heimatort:	Telefon:
Konfession:	AHV-Nr.:
Hausarzt:	
Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Kontaktperson / ev. 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: