

Temporärer Aufenthalt

Definitiver Aufenthalt

Gewünschter Eintrittstermin: _____

(Der Wunschtermin wird nach Möglichkeit berücksichtigt; der definitive Eintrittstermin wird Ihnen durchs AZM mitgeteilt.)

Effektiver Eintrittstermin: _____

(wird vom Alterszentrum ausgefüllt)

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer _____

Fernsehanschluss gewünscht

(Fernseher muss selber mitgebracht werden)

Telefonanschluss und

Telefonapparat gewünscht

(Telefonapparat wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt)

Familienname	Name	Ledigname
Vorname		
Geburtsdatum		
AHV-Nummer	756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _	
Zivilstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet	
Konfession	<input type="radio"/> reformiert <input type="radio"/> katholisch <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> andere	
Adresse	Aktuelle Wohnadresse Strasse Nr. PLZ/ Ort Tel.-Nr.	
Offizieller Wohnsitz	Politische Gemeinde und Kanton PLZ/Ort	
Heimatort	PLZ/Ort	
Ausgeübter Beruf		
Hausarzt	Name	Vorname
	Strasse Nr.	PLZ/Ort
	Tel.-Nr.	
Rechtsdelegation	<input type="radio"/> Selbstverantwortlich <input type="radio"/> Vertretungsberechtigte Person per Patientenverfügung <input type="radio"/> Beistandschaft (zwingend Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)	
Rechnungsadresse	Name	Vorname
	Strasse Nr.	PLZ/Ort
	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Bankverbindung	IBAN-Nr.	
Bewohner/in	Kontoinhaber/in	

Krankenkasse	Name	
	Adresse	
	Mitglied Nr.	
	Versichertenkarten-Nr.	
	Spitalabteilung	<input type="radio"/> allgemein <input type="radio"/> halbprivat <input type="radio"/> privat
	Hausarztmodell	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	Zusatzversicherung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Hilflosen-entschädigung	Wird Hilflosenentschädigung bezogen?	
	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> leichte <input type="radio"/> mittelschwere <input type="radio"/> schwere	
Ergänzungsleistung	Werden Ergänzungsleistungen bezogen?	
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> beantragt	
Hilfsmittel	Bringen Sie eigene Hilfsmittel mit?	
	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Rollator	
	<input type="radio"/> andere (welche?) _____	
1. Ansprechperson	Name	Vorname
Beziehung:	Strasse Nr.	PLZ/Ort
..... (Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
..... (Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Strasse Nr.	PLZ/Ort
	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
..... (Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Strasse Nr.	PLZ/Ort
	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
..... (Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Strasse Nr.	PLZ/Ort
	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____