

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 Telefonanschluss und Telefonapparat gewünscht
(Fernseher muss selber mitgebracht werden) (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 Strasse Nr. Tel.-Nr.	Vorname PLZ/Ort
Rechtsdelegation	<input type="radio"/> Selbstverantwortlich <input type="radio"/> Vertretungsberechtigte Person per Patientenverfügung <input type="radio"/> Beistandschaft (zwingend Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)	
Rechnungsadresse	Name Strasse Nr. Tel. P E-Mail	Vorname PLZ/Ort Tel. G Natel
Bankverbindung Bewohner/in	IBAN-Nr. Kontoinhaber/in	

Krankenkasse	Name	
	Adresse	
	Mitglied-Nr.	
	Versichertenkarten-Nr. 807560 _ _ _ _ _	
	Ablaufdatum der Karte:	
	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
.....	Tel. P	Tel. G
(Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
.....	Strasse Nr.	PLZ/Ort
(Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
.....	Strasse Nr.	PLZ/Ort
(Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel
Angehörige	Name	Vorname
.....	Strasse Nr.	PLZ/Ort
(Ehepartner, Schwester, Sohn, Nachbarn etc.)	Tel. P	Tel. G
	E-Mail	Natel

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____