

## Anmeldung

### Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Bürgerort	_____	Konfession	_____
Telefonnummer	_____	E-Mail	_____
Früherer Beruf	_____	AHV-Nummer	_____
Beziehen Sie Zusatzleistungen zur AHV (EL)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

### Hausarzt und Krankenkasse

Name / Vorname	_____		
Adresse	_____		
Telefonnummer	_____	E-Mail	_____
Krankenkasse	_____	Policen Nr.	_____
Kartenummer	_____		

### Wichtigste Kontaktadresse für medizinische Belangen

Verwandtschaftsgrad	_____		
Name / Vorname	_____		
Adresse	_____		
Telefonnummer	_____	E-Mail	_____

## Wichtigste Kontaktadresse für finanzielle Belangen

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Weitere Kontaktadresse

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Wann wünschen Sie bei uns einzutreten?

sobald als möglich

Anmeldung ist vorsorglich

Bemerkungen

---

---

---

---

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

