

Anmeldung

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt

(mind. 4 Wochen)

Eintrittsdatum _____

Name, Vorname _____

Wohnsitzgemeinde und genaue Adresse

_____ Tel. _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Geburtsdatum _____ Heimatort _____

AHV-Nr. **(bitte Kopie des AHV-Ausweises beilegen)**

Momentaner Aufenthaltsort

Gesetzlicher Vertreter **(Name, Funktion, Adresse, E-Mail, Telefon)**

Angehörige oder Vertrauens-/Bezugspersonen **(Name, Verwandtschaftsgrad, Adresse, E-Mail, Telefon)**

Die Heimrechnungen sind zu senden an

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

(Grundversicherung)

(Bitte Kopie des Krankenausweises beilegen)

Behandelnder Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Der/die Unterzeichnende wünscht Aufnahme des/der obgenannten Patienten/-in und bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____