

## Anmeldung

(für Ehepaare bitte 2 Formulare ausfüllen)

Eingangsdatum: .....

### Eintrittsgrund / Dringlichkeit

Dringlichkeitsliste

Ferienzimmer

Interessentenliste

Eintritt per: .....

von ..... bis .....

### Personalien

Name .....

Vorname .....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

Geburtsdatum .....

Zivilstand .....

Konfession .....

Heimatort/Staat .....

Telefon .....

AHV-Nummer .....

.....

Ausgleichskasse .....

### Kontaktadresse Angehörige / Vertrauenspersonen

1.  
Name, Vorname .....

2.  
Name, Vorname .....

Adresse .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

Telefon .....

Natel .....

Natel .....

Verwandtschaftsgrad .....

Verwandtschaftsgrad .....

### Rechnungsadresse

Name, Vorname .....

Telefon .....

Adresse .....

Natel .....

PLZ/Ort .....

E-Mail .....

**Hausarzt**

Name, Vorname ..... Telefon .....

Adresse ..... Natel .....

PLZ/Ort ..... E-Mail .....

Wünschen Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt betreut zu werden?  ja  nein

**Krankenkasse**

Name ..... Telefon .....

Adresse ..... E-Mail .....

PLZ Ort ..... Police-Nr. ....

Versicherungsstatus Spital?  Privat  Halbprivat  Allgemein

**Haftpflichtversicherung**

Gesellschaft ..... Police-Nr. ....

**Ergänzungsleistungen**

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

Ja  Nein

Werden Sie sich in nächster Zeit für den Bezug von Ergänzungsleistungen anmelden?

Ja  Nein  Weiss nicht, bin dankbar um eine Beratung

**Standort**

Alterssitz, Lütterswil  Chronhof, Schnottwil  Hofschmitte, Messen

Je nach Verfügbarkeit und Dringlichkeit des Eintritts nehmen wir gerne auf Ihren Standortwunsch Rücksicht.

**Bemerkungen**

.....

.....

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben stehenden Angaben und gebe mein Einverständnis dazu, dass – sofern notwendig – zusätzliche Auskünfte beim Hausarzt und beteiligten Institutionen eingeholt werden können.

Ihre Angaben werden von uns VERTRAULICH behandelt.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

.....