

Anmeldeformular

Sämtliche Angaben auf diesem Aufnahmegesuch sind zwingend auszufüllen.

Name, Vorname (bei Verheirateten: 2. Name)

Wohnadresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Aufenthaltsort (wenn nicht zu Hause)

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Zivilstand

Konfession

Heimatort

Wohnsitzgemeinde (Schriftenort)

AHV-Nummer (13-stellig)

Krankenkasse

Mitgliedernummer

Hausarzt

Adresse

PLZ, Ort

Rechnungsempfänger

Adresse

PLZ, Ort

Gesetzliche Vertretung (bei Beistandschaft)

Adresse

PLZ, Ort

Kinder und Angehörige

Name, Vorname (Hauptansprechperson)	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail

Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail

Anmeldung Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> jetzt Lindenmatte, Erlenbach	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> jetzt Eigen, Faulensee	
<input type="checkbox"/> Vorsorglich	
<input type="checkbox"/> Dringend (Aufnahme bei nächst möglichem Zeitpunkt)	

Die vorliegenden Daten werden vertraulich behandelt. Die Anmeldung hat informellen Charakter und ist für beide Seiten unverbindlich. Garantien für fixe Eintrittsdaten können nicht gewährt werden. Beim Eintritt ist eine Sicherheitsleistung gemäss gültiger Tarifübersicht zu hinterlegen.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Geschäfts- / Pflegedienstleitung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäfts- / Pflegedienstleitung.

Ort, Datum _____ Persönliche Unterschrift (oder gesetzliche Vertretung) _____