

# Anmeldung

Wohnform:

Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>
Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>
Ferienaufenthalt	<input type="checkbox"/>
Übergangsaufenthalt	<input type="checkbox"/>
Dauergast	<input type="checkbox"/>

Gewünschtes Eintrittsdatum:

---

## Personalien

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtstag:**

**Zivilstand:**

**Heimatort:**

**Beruf:**

**Lediger Name:**

**Konfession:**

**AHV-Nummer:**

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse:

**Strasse / Nr.:**

**PLZ / Ort:**

**E-Mail:**

**Telefon:**

**Mobil Telefon:**

## Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

**Strasse / Nr.:**

**PLZ / Ort:**

**E-Mail:**

**Telefon:**

**Mobil Telefon:**

## Krankenkasse:

**Gesellschaft:**

**Vers. – Nr.:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon:**

## Unfallversicherung nach Invalidenversicherung(IVG):

**Gesellschaft:**

**Vers.-Nr.:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon:**

## Hausarzt:

**Name / Vorname:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon:**

## Haftpflicht – Versicherung:

**Gesellschaft:**

**Police-Nr.:**

**Telefon:**

## Rechnungsempfänger:

Rechnung an Klienten:

ja

nein

Wenn der Klient nicht Rechnungsempfänger ist, dann bitte ausfüllen:

Verwandtschaftsgrad:

Beistand (Art der Beistandschaft):

**Name / Vorname:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon Privat:**

**Telefon Geschäft:**

**Mobil Telefon:**

**E-Mail:**

## Nächste Angehörige / Bezugsperson:

**Verwandtschaftsgrad :**

**Name / Vorname:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon Privat:**

**Telefon Geschäft:**

**E-Mail:**

Weitere Angehörige / Bezugspersonen:

**Verwandtschaftsgrad:**

**Name / Vorname:**

**PLZ / Ort:**

**Strasse / Nr.:**

**Telefon Privat:**

**Telefon Geschäft:**

**Mobil Telefon:**

**E-Mail:**

Patientenverfügung: ja  nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter