



Anmeldung

Gewünschter Eintrittstermin

Personalien

Name / Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Zivilstand

Konfession

Heimatort / Kanton

AHV- Nummer

Angehörige

Adressen nächster Angehörigen – erstaufgeführte Person = Kontaktperson für unser Team.

Name / Vorname	Adresse	Telefon

Vormundschaft / Beiratschaft / Beistandschaft gesetzlicher Vertreter

Ist ein gesetzlicher Vertreter bestimmt? Ja Nein

Wenn ja, Name / Adresse / Tel.-Nr.

.....
.....



Administrative Angaben

Krankenkasse: Versichertennummer
(Name und Adresse) Kartennummer
..... Ablaufdatum

Unfallversicherung: Versichertennummer
(Name und Adresse)
.....

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

.....
.....

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Ja Nein

Angaben der Person oder Institution, die sich um die Bewerberin / den Bewerber kümmern in
medizinisch, pflegerischer Hinsicht (Name, Adresse, Telefon- Nr.)

.....
.....
.....

Angaben der Person oder Institution, welche für die finanziellen Angelegenheiten, der Bewerberin /
des Bewerbers verantwortlich ist (Name, Adresse, Telefon-Nr.)

.....
.....
.....

Gewünschtes Zimmer in der Residenz: Einzelzimmer
 Zweierzimmer

Mit der Anmeldung anerkenne ich, die zum Zeitpunkt des Eintritts geltenden Bestimmungen. Sie
bestätigen mit der Taxordnung einverstanden zu sein sowie die Zahlungspflicht zu übernehmen. Die
Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt:

Ort und Datum

.....

Unterschrift

.....