

ANMELDUNG

VORSORGLICH

Name, Vorname:

(Bei Frauen auch Mädchenname)

Name des Vaters:

Name der Mutter:

Zivilstand:

(ledig/verheiratet mit/verwitwet von/seit, geschieden von/seit)

Beruf:

Konfession:

Geburtsdatum:

Heimatort:

AHV-Nr. und zuständige Ausgleichskasse:

Wohnsitzgemeinde und genaue Adresse:

Telefon:

Wo hält sich der/die Patient/in zurzeit auf:

Allfällige gesetzliche Vertretung:

Angehörige, die sich speziell um den/die Patienten kümmern.

Adresse:

Telefon:

Die Heimrechnungen sind zu senden an:

Angaben zu Krankenkasse.

Adresse (vollständig):

Versicherten-Nr.

Hauptgrund der Anmeldung:

EL-Bezug

Ja Nein

Finanzielle Mittel vorhanden
(monatlich ca. 5'500.- - 6'000.-)

Ja Nein

Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende wünscht Aufnahme des/der oben genannten Patient/in und bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort und Datum:

Unterschrift: