Anmeldeformular

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung:** |  | vorsorglich |  | mittelfristig |  | dringend |
|  |
| **Name:**  |  |
| (bei Frauen auch Familienname als ledig) |
| **Vorname:** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Aktuelle Adresse:** |  |
| Telefonnummer(n): |  |
|  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  | Heimatort/PLZ: |  |
| **Zivilstand:** |  | ledig |  |
|  |  | verheiratet | seit: |  |
|  |  | verwitwet |  |
|  |  | geschieden |  |
| Beruf: |  | Konfession: |  |
| **Wohnsitzgemeinde:** |  | Geburtsort: |  |
| **AHV-Nr.:** |  | Ausgleichskasse: |  |
| Vertretungsberechtigte Person gemäss ErwachsenenschutzrechtKorrespondenzadresse/Rechnungsadresse: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail) |
|  |
| **Krankenkasse** |  |
| Police-Nr: |  |
| Versicherten-Karten-Nr. |  |
| Gültig von: |  | bis: |
| EPD (Elektronisches Patientendossier vorhanden) ja nein  |
| Name und Ort des Hausarztes(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |

|  |
| --- |
| Aktueller Aufenthaltsort (Adresse, Tel.Nr.)(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)(Name, Adresse, Tel.Nr.) |
|  |
| **Bemerkungen:** |
|  |
| Die betroffene Person bzw. die Vertretungsberechtigte Person bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen: |
| **Datum:** |  | Unterschrift: |  |