

## Anmeldeformular

<b>Anmeldung:</b>	<input type="checkbox"/>	vorsorglich	<input type="checkbox"/>	mittelfristig	<input type="checkbox"/>	dringend
<b>Name:</b>						
(bei Frauen auch Familienname als ledig)						
<b>Vorname:</b>						
<b>Aktuelle Adresse:</b>						
<b>Telefonnummer(n):</b>						
<b>Geburtsdatum:</b>				<b>Heimatort/PLZ:</b>		
<b>Zivilstand:</b>	<input type="checkbox"/>	ledig	<b>seit:</b>			
	<input type="checkbox"/>	verheiratet				
	<input type="checkbox"/>	verwitwet				
	<input type="checkbox"/>	geschieden				
<b>Beruf:</b>				<b>Konfession:</b>		
<b>Wohnsitzgemeinde</b>				<b>Geburtsort:</b>		
<b>AHV-Nr.:</b>				<b>Ausgleichskasse:</b>		
<b>Vertretungsberechtigte Person gemäss Erwachsenenschutzrecht</b>						
<b>Korrespondenzadresse/Rechnungsadresse: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)</b>						
<b>Krankenkasse</b>						
Police-Nr:						
Versicherten-Karten-Nr.						
Gültig von:			bis:			
<b>Name und Ort des Hausarztes</b>						
<b>Aktueller Aufenthaltsort (Adresse, Tel.Nr.)</b>						

**Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)**

**Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)**

**Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)**

**Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)**

**Bemerkungen:**

Die betroffene Person bzw. die Vertretungsberechtigte Person bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen:

<b>Datum:</b>		<b>Unterschrift:</b>	
---------------	--	----------------------	--