

## 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:</b>       |                          |          |  |
| <b>Zivilstand:</b>   | <input type="checkbox"/> | ledig       |                          |                         |                          |          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | verheiratet |                          |                         |                          |          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | verwitwet   |                          |                         |                          |          |  |
|  | <input type="checkbox"/> | geschieden  |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          | <b>seit:</b>            |                          |          |  |
| <b>Beruf:</b>  |                          |             |                          | <b>Konfession:</b>      |                          |          |  |
| <b>Wohnsitzgemeinde</b>  |                          |             |                          | <b>Geburtsort:</b>      |                          |          |  |
| <b>AHV-Nr.:</b>  |                          |             |                          | <b>Ausgleichskasse:</b> |                          |          |  |
| <b>Name/Vorname des/der Ehegatten/Ehegattin (auch als ledig):</b>                    |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
| <b>Name/Vorname des/der Vaters/Mutter (auch als ledig):</b>                          |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
| <b>Angehörige die sich speziell um die Person kümmern: (Name, Adresse, Tel.Nr.)</b>  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
| <b>Allfälliger gesetzlicher Vertreter: (Name, Adresse, Tel.Nr.)</b>                  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
| <b>Kontaktperson/Korrespondenzadresse/Rechnungsadresse: (Name, Adresse, Tel.Nr.)</b> |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |
|  |                          |             |                          |                         |                          |          |  |

**Krankenkasse/Mitgliednummer (Agentur, Adresse)**

**Name und Ort des Hausarztes**

**Aktueller Aufenthaltsort (Adresse, Tel.Nr.)**

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

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

**Bemerkungen:**

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

**Datum:**

**Unterschrift:**