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 Erwachsenenschutzrecht  Korrespondenzadresse/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: |  |