Anmeldeformular

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung:** | | |  | | vorsorglich | | | |  | | | mittelfristig | | | | | |  | | dringend | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name:** | | | Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (bei Frauen auch Familienname als ledig) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vorname:** | | | Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |
| **Aktuelle Adresse:** | | | Aktuelle Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefonnummer(n): | | | Telefonnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Geburtsdatum: | | | Geb.Datum | | | | | | | Heimatort/PLZ: | | | | | | | Heimatort, PLZ | | | | |
| **Zivilstand:** | | |  | | ledig | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | verheiratet | | | | | seit: | | | | | verheiratet seit | | | | | | |
|  | | |  | | verwitwet | | | | | verwitwet seit. | | | | | | |
|  | | |  | | geschieden | | | | | geschieden seit | | | | | | |
| Beruf: | | | Beruf | | | | | | | | | | | Konfession: | | | | | Konfession | | |
| **Wohnsitzgemeinde:** | | | Wohnsitzgemeinde | | | | | | | | | | | Geburtsort: | | | | | Geburtsort | | |
| **AHV-Nr.:** | | | AHV-Nr. | | | | | | | | | | Ausgleichskasse: | | | | | | Ausgleichskasse | | |
| Name/Vorname des/der Ehegatten/Ehegattin (auch als ledig): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname des/der Ehegatten/Ehegattin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname des/der Vaters/Mutter (auch als ledig): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name/Vorname des/der Vaters/Mutter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertretungsberechtigte Person gemäss Erwachsenenschutzrecht  Korrespondenzadresse/Rechnungsadresse: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertretungsberechtigte Person | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Krankenkasse (Agentur, Adresse):** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Police-Nr: | | | | Police-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Versicherten-Karten-Nr. | | | | Versicherten-Karten-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gültig von: | gültig ab einzugeben. | | | | | bis:Datum bis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Ort des Hausarztes  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hausarzt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aktueller Aufenthaltsort (Adresse, Tel.Nr.)  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Angehörige: (Name, Adresse, Tel.Nr., E-Mail)  (Name, Adresse, Tel.Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bemerkungen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die betroffene Person bzw. die Vertretungsberechtigte Person bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum:** | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | | | | Unterschrift: | | | | |  | | | | | |