

Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Telefon-Nr.: _____ Schriften in Gemeinde: _____

1. Angehörige (1. Kontaktperson):

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Weitere Angehörige:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Weitere Angehörige:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Weitere Angehörige:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Zustelladresse Rechnung:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Hausarzt:

Name: _____ Vorname: _____

Ort: _____

Krankenkasse / AHV-Nummer

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____ Versicherungs-Nr.: _____

AHV-Nummer: _____

Angaben zum Eintritt

Bitte beachten Sie, dass eine Sicherheitsleistung/Depot von CHF 7'000.-- vor Eintritt bei uns hinterlegt werden muss.

**Die Selbstkosten betragen pro Monat ca. CHF 6'500.--
(Änderungen der Preise vorbehalten, es gilt die jeweilige Taxordnung des Kantons)**

Bitte legen Sie folgende Dokumente bei:

- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie Identitätskarte / Pass
- Kopie Vorsorgeauftrag (wenn vorhanden)
- Kopie Patientenverfügung (wenn vorhanden)

Für die Anmeldung verantwortlich:

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____