

## Ihre persönlichen Angaben

für

**Wohnung** Nr. \_\_\_\_\_

oder

**Pflegezimmer** Nr. \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Zivilstand** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Heimatort** \_\_\_\_\_

**Konfession** \_\_\_\_\_

**Ehemal. Beruf** \_\_\_\_\_

**Ehem. Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**AHV-Nr.** \_\_\_\_\_

**Ausgleichskasse** \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse (Name, Vorname)** \_\_\_\_\_

**Strasse, Ort, Tel.-Nr.** \_\_\_\_\_

**Bankverbindung** \_\_\_\_\_

**Bank- oder Postcheckkonto.** \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Policen-Nr.** \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Versicherungsstatus Spital:**  Privat  Halbprivat  Allgemein

**Haftpflichtversicherung** \_\_\_\_\_

**Policen-Nr.** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angehörige, die im Notfall in folgender Reihenfolge zu avisieren sind:

**1. Name, Vorname** \_\_\_\_\_ **Verwandschaftsgrad** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

**2. Name, Vorname** \_\_\_\_\_ **Verwandschaftsgrad** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie das Anmeldeformular an folgende Adresse:

**Senevita Gais, Hintere Bahnhofstrasse 90, 5000 Aarau**

Fax Senevita Gais 062 387 00 10