

# ANMELDEFORMULAR

Familienname (und lediger Name): \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Beruf vor Pensionierung: \_\_\_\_\_

AHV-Nr. / Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ergänzungsleistungen:  ja  nein

Hausrat-Versicherung / Nummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse Grundversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  Allgemein (ganze CH)  Halbprivat  Privat

Allgemein (OKP)

Krankenkasse Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Adresse / Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Spitalwahl: \_\_\_\_\_

Aktueller Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Bitte aktuelle Medikamentenliste mitsenden!

**Bitte die Rückseite auch ausfüllen. Besten Dank!**

**Wichtigste Ansprechperson:**

Name / Adresse / Tel. Nr. / Mobile  
E-Mail

---

---

Verwandtschaftsgrad:

---

**Weitere Angehörige / Bekannte:**

Name / Adresse / Tel. Nr. / Mobile  
E-Mail

---

---

Verwandtschaftsgrad:

---

Rechnungsadresse und Tel. Nr.:

---

(falls nicht an Bewohner/in)

---

**Angaben aus dem Familienbüchlein:**

Vorname/Name des Vaters:

---

Vorname/Name der Mutter:

---

Lediger Name der Mutter:

---

**Falls verheiratet oder in Partnerschaft lebend:**

Familiennamen, lediger Name Partner/in:

---

Vorname(n):

---

Heimatort:

---

Geburtsdatum:

---

Datum Heirat / Eintrag Partnerschaft:

---

Ort Heirat / Eintrag Partnerschaft:

---

**Wenn verwitwet, geschieden oder in aufgelöster Partnerschaft:**

Auflösung letzter Ehe / Partnerschaft:

---

Angaben über letzte/n Ehegatte/in / Partner/in

Familiennamen, lediger Name:

---

Vorname(n) Ehegatte/in / Partner/in:

---

**Datum / Unterschrift:**

\*Eintrittsdatum:

---

\*Wohnungs-Nummer:

---

\*bitte nicht ausfüllen, nur für interne Zwecke