

## Anmeldeformular

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

oder

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

**geplantes Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Ehemal. Beruf** \_\_\_\_\_ **AHV-Nr.** \_\_\_\_\_

**Amtlicher Wohnsitz (Kopie Wohnsitzbescheinigung)** \_\_\_\_\_

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

**Strasse, Ort** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

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

**Bank- oder Postcheckkonto:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Versichertenkartennummer (Kopie Krankenkassenkarte): \_\_\_\_\_

**Versicherungsstatus Spital:**  Privat  Halbprivat  Allgemein

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

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  
E-Mail: gais@senevita.ch