

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

Hilfslosenentschädigung:  leicht  mittelschwer  schwer

Datum der Verfügung: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung/Police-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

Versicherungsart:  Allgemein (ganze CH)  Halbprivat  Privat

Allgemein (OKP)

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Wünscht Betreuung durch den Residenzarzt, Dr. Peter Näf, Muri  ja  nein

**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-/ Zimmer-Nummer: \_\_\_\_\_

\*bitte nicht ausfüllen, nur für interne Zwecke