



## Anmeldeformular (Bitte vollständig ausfüllen)

Alterswohnung       Vorsorgliche Anmeldung      ab \_\_\_\_\_  
 Altersstation       Daueraufenthalt      ab \_\_\_\_\_  
 Pflegestation       Kurzaufenthalt      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Standort:       Schwanden       Linthal       Elm

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

(und Ledigname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ PLZ / Heimatort: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

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

Natel: \_\_\_\_\_

Versicherten AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Frühere berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name des Ehepartners / Ehepartnerin: \_\_\_\_\_

(Bitte entsprechende Felder ankreuzen)

Ergänzungsleistungen:       ja       nein

Hilflosenentschädigung:       ja       nein

Angehöriger 1       Partner/-in       Sohn       Tochter       Bekannte/r

Wichtigste Bezugsperson

Name / Vorname:	Telefonnummer
Adresse	Handynummer
PLZ / Ort	E-Mail-Adresse

Korrespondenz (ausser Monatsrechnung), allgemeine Informationen sowie die Benachrichtigung in dringenden Fällen erfolgt an die wichtigste Bezugsperson.

Angehöriger 2       Partner/-in       Sohn       Tochter       Bekannte/r

Name / Vorname:	Telefonnummer
Adresse	Handynummer
PLZ / Ort	E-Mail-Adresse

Monatliche Bewohnerrechnung an: \_\_\_\_\_



Haben Sie einen Beistand? Ja  Nein

Wenn ja, Adresse: \_\_\_\_\_

Kranken- / Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_ Karten-Nr.: \_\_\_\_\_

**(Bitte beide Seiten der Versicherungskarte kopieren und beilegen)**

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_

Karten-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Name / Vorname:	Telefonnummer
Adresse	E-Mail-Adresse
PLZ / Ort	

**Folgende Unterlagen sind zwingend beizulegen:** - Wohnsitzbestätigung  
- Patientenverfügung

Haben Sie eine elektronische Patientenakte? Ja  Nein

Benötigen Sie Diätkost auf ärztliche Verordnung? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen Covid-19-Erkrankung geimpft? Ja  Nein

(wenn ja, bitte eine Kopie des Impfnachweises beilegen)

Bitte das Formular vollständig ausfüllen, danke.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit vorstehender Angaben.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_