

Anmeldeart	:	Dringend	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich	<input type="checkbox"/>
-------------------	---	-----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Name : _____ Vorname : _____
Geburtsdatum : _____ AHV-Nr. : _____
Zivilstand : _____ Konfession : _____
Heimatort : _____ Beruf ehemals : _____
PLZ Wohnort : _____ Strasse : _____
Tel. Nr. : _____ Wohnhaft Gemeinde Kanton seit: _____
Hausarzt : _____ Diät : ja nein
_____ (wenn ja, genaue Angaben unter Bemerk.)
Krankenkasse : _____ Vers.-Nr. : _____
Adresse : _____

Beanspruchen Sie zur Deckung der Heimkosten Ergänzungsleistungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Die Korrespondenz ist an folgende Adresse zu senden: Name / Adresse / Telefon / Verwandtschaftsgrad

1. _____

Weitere Angehörige oder Bezugspersonen: Name / Adresse / Telefon / Verwandtschaftsgrad

2. _____

3. _____

Bemerkungen: _____

Anmeldung erfolgt: Selbst Durch Angehörige Spital KESB

Ich nehme davon Kenntnis, dass Einwohner der Stiftergemeinden bei der Bewerbung um freie Plätze den Vorzug haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____