|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *A*nmeldung: |[ ]  vorsorglich |[ ]  dringend (bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen) |
| **Name/Vorname:**  |  |
| (bei Frauen auch Familienname als ledig) Bitte jeder Anmeldung eine Kopie aus dem Familienbüchlein oder der Niederlassungsbewilligung beilegen. |
| Aktuelle Adresse: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| Telefon: |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Zivilstand: |[ ]  ledig |[ ]  verheiratet |[ ]  geschieden |
|  |  |  |  |  |
|  |[ ]  verwitwet | seit: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Beruf: |  |
|  |  |  |  |  |
| Wohnsitzgemeinde/ |  |
| Schriftenort: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Konfession: |  |
|  |  |  |  |  |
| Heimatort: |  |
|  |
| AHV-Nr.: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort: |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nächste Angehörige / Kontaktperson: |
| Name/Vorname: |  |
|  |
| Adresse: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
| Verwandtschaftsgrad: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |
|  |  |
| Rechnungsadresse: |
| Name/Vorname: |  |
|  |
| Adresse: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Allfällige gesetzliche Vertretung / Beistandschaft: |
|  |  |
| Name/Vorname: |  |
|  |  |
| Adresse: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |
| E-Mail: |  |
|  |  |
| Krankenkasse/Mitglieder-Nummer: |
|  |
| Krankenkassen-Karten Nr.: |
|  |  |  |  |  |
| 807… |
|  |  |  |  |  |
| Zuständige Ausgleichskasse/AHV-Zweigstelle: |
|  |[ ]  AHV-Rentner/in | [ ]  | IV-Rentner/in | [ ]  | IV-Anmeldung eingereicht |
|  |  |  |  |  |
| Hilflosenentschädigung: |[ ]  keine | [ ]  | leichten | [ ]  | mittleren | [ ]  | schweren Grades |
|  |
| Ergänzungsleistungen (EL) | [ ]  ja | [ ]  nein [ ]  in Abklärung |
| Haben |
| Haben Sie Schulden? | [ ]  ja | [ ]  nein  |
|  ☐ Steuerschulden ☐ Hypotheken ☐ andere Schulden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| Patientenverfügung | [ ]  ja | [ ]  nein (falls ja, bitte Kopie beilegen) |
|  |  |  |
| Corona-Impfung | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Elektronisches Patientendossier | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  |  |
| Bemerkungen: |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Ausserdem bestätigen Sie den beim Eintritt fälligen Kostenvorschuss (Depot) von CHF 4‘800 leisten zu können. |
|  |  |  |  |  |
| Datum: |  |  | Unterschrift: |  |
|  |  |  |  |  |