

# Anmeldung

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Tel. Nr.:	Zivilstand:
Natel Nr.:	
Konfession:	Hausarzt:

Sozialversicherungsnummer: <b>756</b> .	
Krankenkasse (Name) / Vers. Nr.:	Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (Name) / Vers. Nr.:

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen EL	ja <input type="checkbox"/> seit wann:	nein <input type="checkbox"/>
Erhalten Sie Hilflosenentschädigung HE	ja <input type="checkbox"/> seit wann:	nein <input type="checkbox"/>
Es besteht ein Vorsorgeauftrag	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> falls ja, wo hinterlegt?	
Es besteht eine Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> falls ja, wo hinterlegt?	
Es besteht eine Beistandschaft	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

## Adressen Angehörige / Vertrauenspersonen

Name, Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort
Tel. G / P / Natel:
M@il:
Beziehung zu BewerberIn:
Bemerkungen:

## Adressen Angehörige / Vertrauenspersonen

Name, Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort
Tel. G / P / Natel:
M@il:
Beziehung zu BewerberIn:
Bemerkungen:

## Adressen Angehörige / Vertrauenspersonen

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort

Tel. G / P / Natel:

M@il:

Beziehung zu BewerberIn:

Bemerkungen:

## Anmeldung

**Dringlichkeitsliste per sofort!**

Vorsorglich, Eintrittstermin ca. \_\_\_\_\_, (max. 1 Jahr).

Selbstanmeldung

Angehörige

Kontaktperson bei freiem Zimmer:

Name:

Tel. Nr.:

Bemerkungen (allfällige Ergänzungen/Bemerkungen können hier angebracht werden)

## Ermächtigung zur Auskunft

Die GesuchstellerIn ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen, der Verwaltung des Regionalen Alters- und Pflegeheim Eichireben die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

## Zahlungsverpflichtung

Die GesuchstellerIn verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt im Regionalen Alters- und Pflegeheim Eichireben gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie respektive er bestätigt, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

---

Ort / Datum

Unterschrift

GesuchstellerIn (VertreterIn)

Ihre Angaben werden Vertraulich behandelt  
**Wir bitten Sie, uns Veränderungen mitzuteilen!**