



ANMELDEFORMULAR

Anmeldung zur Langzeitpflege

Angaben zur Person

Nachname Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail

Geburtsdatum Beruf (zuletzt ausgeübt)

Zivilstand Konfession

Heimatort Schriften deponiert in

Krankenkasse, Ort

Versicherten-Nr. AHV-Nr.

Hausarzt

Beziehen Sie Ergänzungsleistung? Ja Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Wenn Ja, welchen Grades?



Angaben zur Bezugsperson

Nachname Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail

Beziehungsgrad

Name, Adresse und Telefon von Angehörigen und Verwandten:

1

2

3

Adresse für die Rechnungsstellung

Eintrittswunsch

Ort, Datum Unterschrift