

# Anmeldeformular

#### Eintritt ins Alterszentrum Platten

### Personalien Antragssteller:in

Vorname Nachname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Geburtsdatum Zivilstand

Heimatort Konfession

Hausarzt AHV-Nummer

Krankenkasse Versichertennummer

Krankenkassenkarten Nummer Ablaufdatum

# Erste Bezugsperson

Vorname Nachname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Verwandschaftsgrad/Funktion

Kontaktaufnahme nur über Bezugsperson Ja Nein

erwünscht

Benachrichtigung im Notfall Tag Nacht



#### Gewünschter Eintritt

Bitte zutreffendes ankreuzen

vorsorglich (ich nehme Kontakt mit Ihnen auf, wenn ich eintreten möchte)

dringend (Ich bitte um Nachricht, wenn ein Zimmer frei ist)

Bemerkungen

# Rechnungsadresse

Bitte zutreffendes ankreuzen

Entspricht Adresse des/der Antragssteller:in

Entspricht Bezugsperson

Andere Adresse

Vorname Nachname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Verwandschaftsgrad/Funktion