



# Anmeldung

## *Leitsatz*

Wichtigstes Ziel ist die Lebensqualität der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Ihr Wohlbefinden steht im Zentrum unseres Handelns. Wir erfassen die Individualität der Bewohner und lassen diese Erkenntnisse laufend in unsere Organisation einfließen.

# Anmeldeformular PW Wohnen am Bächli

(Bitte vollständig ausfüllen)

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Anz. Kinder \_\_\_\_\_

Name Ehegatte/-gattin \_\_\_\_\_

Leben Sie mit Angehörigen zusammen? \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse der Ausgleichskasse, welche die AHV-Rente ausbezahlt  
\_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Beziehen Sie  AHV-Rente  Ergänzungsleistungen  
 IV-Rente  Hilflosenentschädigung

# Adressen der Angehörigen / Bezugspersonen

Name Vorname	Adresse Tel.-Nummer	Beziehung Verwandtschaftsgrad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gesetzlicher Vertreter, Kontaktperson (Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger (Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_