

## Personalien

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ AHV/SVA-Nr. \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_ Schriftenort \_\_\_\_\_

Bürgerort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_ Herkunftsnation \_\_\_\_\_

## Angehörige / Bezugspersonen / gesetzlicher Vertreter

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

## Krankenversicherer

Name \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Hausarzt

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Augenarzt

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Zahnarzt

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger

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

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

Finanzielles

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

Aufenthalt vor Eintritt

Werden Sie zu Hause von der Spitex betreut?  ja  nein

Hausführung

Ich kenne das La Vita Seniorenzentrum noch nicht und wünsche eine Hausführung.  
Nach Eingang Ihrer Anmeldung werden wir Sie für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Wünsche / Mitteilungen / Bemerkungen

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

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_