RAS
Alterszentrum

# ANMELDEFORMULAR

☐ **So bald wie möglich** ☐ **Vorsorglich** ☐ **Ferienzimmer**

**Personalien** (bitte Kopie der ID oder Pass beilegen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse Nr.: | | PLZ / Ort: | |
| Geburtsdatum: | | Konfession: | |
| Heimatort: | | Zivilstand: | |
| Telefon: | | Natel: | |
| E-Mail: | | | |

AHV-Nr.:

Steuerdomizil der letzten drei Jahre:

Rechnungsadresse: (falls nicht Bewohneradresse)

**1. Kontaktperson** Gesetzliche Vertretung: ☐ ja ☐ nein

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse Nr.: | | PLZ / Ort: | |
| Telefon P: | | Telefon G: | |
| Natel: | | Verw. Grad: | |
| E-Mail: | | | |

**2. Kontaktperson** Gesetzliche Vertretung: ☐ ja ☐ nein

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse Nr.: | | PLZ / Ort: | |
| Telefon P: | | Telefon G: | |
| Natel: | | Verw. Grad: | |
| E-Mail: | | | |

**Hausarzt**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Praxis: | | Arzt: | |
| Strasse Nr.: | | PLZ / Ort: | |
| | | Telefon G: | |

**Krankenkasse** (bitte Kopie der Karte beilegen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | | |
| Strasse Nr.: | | PLZ / Ort: | |
| Vers.-Nr. | | Telefon G: | |
| Vers. Karten-Nr. | | Vers. Karte gültig bis: | |

**Dokumente** (falls vorhanden bitte Kopie beilegen)

| | | |
|---|---|---|
| Patientenver-fügung | ☐ ja | ☐ nein |
| Vorsorgeauftrag | ☐ ja | ☐ nein |
| Covid-Zertifikat | ☐ ja | ☐ nein |
| | ☐ ja | ☐ nein |
| | ☐ ja | ☐ nein |
| | ☐ ja | ☐ nein |

**Bemerkungen**

Ort/Datum: Unterschrift: