



## Anmeldeformular

Herzlich Willkommen im Alterszentrum Sunnmatte in Kölliken

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langzeit Eintritt    | <input type="checkbox"/> Kurzzeit Eintritt | <input type="checkbox"/> Ferien Aufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Dringlicher Eintritt | <input type="checkbox"/> Notfall Eintritt  | <input type="checkbox"/> Voranmeldung      |

Gewünschtes Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozial-Vers. Nr. 756. \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Erforderliche Kopien

Krankenkassenkarte

ID /Pass

### Erforderliche Unterlagen

Aktueller Kontoauszug

AHV- und Pensionskassennachweis

Ergänzungsleistungsnachweis (falls vorhanden)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_





### Hauptansprechperson

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

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

Bezug zu Bewohnende:r \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger

Bewohnende:r                       Hauptansprechperson                       Andere Person

### Wenn andere Person:

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

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

Bezug zu Bewohnende:r \_\_\_\_\_

### Ausstattung / Infrastruktur

#### Fernseher

Anschluss gewünscht                       TV Gerät Sunnmatte                       Eigenes TV Gerät

#### Telefon

Anschluss gewünscht                       Telefon Gerät Sunnmatte                       Eigenes Telefon Gerät

#### Schlüssel gewünscht

Ja     Nein

Möbel Anlieferungsdatum \_\_\_\_\_

Weitere Informationen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

