

## 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

Krankenkassen-Karte

ID / Pass

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

Möbel Anlieferungsdatum \_\_\_\_\_

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

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

