

Anmeldeformular

Personalien

Name / Vorname			
Geburtsname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Wohnort			
Tel. Privat		Tel. Mobile	
E-Mail			
Heimatort		Schriften in Gemeinde	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ w	☐ m	Konfession
Zivilstand			
Nationalität		Herkunftsland	
Muttersprache		Ehemaliger Beruf	
AHV-Nummer	756.		Steuerort

1. Ansprechperson / zur Vertretung berechtigte Person

Name / Vorname			
Adresse / PLZ Ort			
Verwandtschaftsgrad		Tel. Privat	
Tel. Geschäft		Tel. Mobile	
E-Mailadresse			

2. Ansprechperson

Name / Vorname			
Adresse / PLZ Ort			
Verwandtschaftsgrad		Tel. Privat	
Tel. Geschäft		Tel. Mobile	

Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?

Name / Vorname _____
Adresse / PLZ Ort _____
Tel. Privat _____ Tel. Mobile _____

Hausarzt

Name / Vorname _____
Adresse / PLZ Ort _____
Tel. Praxis _____ Fax Praxis _____

Krankenkasse (obligatorische Grundversicherung)

Name _____
Adresse / PLZ Ort _____
Mitgliedernummer _____

Versicherungsart ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Hausarztmodell

Renten

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ ist beantragt
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? ☐ Ja ☐ Nein ☐ ist beantragt

☐ **Eintritt ins Wohnen mit Pflege und / oder ins** ☐ **Betreute Wohnen**

☐ **Warteliste vorsorglich**

Keine Kontaktaufnahme durch die
Porthof AG bei freiem Zimmer
oder freier Wohnung

☐ **Warteliste dringlich**

Kontaktaufnahme durch die
Porthof AG bei freiem Zimmer
oder freier Wohnung

Mit wem sollen wir Kontakt aufnehmen? (Name, Telefon Privat, Geschäft, Mobile)

Mitteilungen / Wünsche

Ort und Datum

Unterschrift
