

Anmeldeformular für das Alterszentrum Lotzwil

Personalien

Name/Name ledig	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse / Nr	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Natel	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
AHV-Nr.	756. <input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>

Grund für den Heimeintritt vorsorglich dringend

Gewünschtes Eintrittsdatum

Krankenkasse (Grundversicherung)

Name Krankenkasse	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.	<input type="text"/>

Ärztliche Versorgung (Namen, evtl. Praxis, Adressen)

Hausarzt	<input type="text"/>
Zahnarzt	<input type="text"/>
Weitere Ärzte	<input type="text"/>

Beistandschaft ja nein

Wenn ja, bitte folgende Felder ausfüllen

Name/Vorname	<input type="text"/>		
Strasse/Nr/PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Bitte wenden

Adressen der Angehörigen/Bezugspersonen

1. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name/Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

2. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name/Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

3. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name/Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Folgende Person ist zuständig für
die Finanzen

Die Einreichung des Anmeldeformulars verpflichtet den Gesuchsteller/die Gesuchstellerin und das Heim nicht zu einer definitiven Aufnahme.

Mit der Anmeldung anerkenne ich die aktuellen Bestimmungen wie Taxordnung, Hausordnung, etc.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte senden Sie das Formular an

Alterszentrum Lotzwil, Bahnhofstrasse 1, 4932 Lotzwil oder per Mail an info@alterszentrumlotzwil.ch