



Anmeldung Pflegewohngruppe Sonne

Anmeldeformular

(Bitte vollständig ausfüllen)

Eintrittsdatum _____

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____ Heimatort _____

Tel.-Nr. _____ Konfession _____

Adresse _____

Zivilstand _____ Anz. Kinder _____

Name Ehegatte/-gattin _____

Leben Sie mit Angehörigen zusammen? _____

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon) _____

Krankenkasse (Name, Adresse) _____

Versicherten-Nr. _____

Adresse der Ausgleichskasse, welche die AHV-Rente ausbezahlt

AHV-Nr. _____

- Beziehen Sie
- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AHV-Rente | <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen |
| <input type="checkbox"/> IV-Rente | <input type="checkbox"/> Hilflosen Entschädigung |

Adressen der Angehörigen / Bezugspersonen

Name Vorname	Adresse Tel.-Nummer Email	Beziehung
_____	_____	_____
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	_____
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	_____
_____	_____	
_____	_____	

Gesetzlicher Vertreter, Kontaktperson (Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Rechnungsempfänger (Name, Vorname, Adresse, Tel.-Nr.)

Datum: _____

Unterschrift: _____