

<b>Anmeldung:</b>	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringend		
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
(bei Frauen auch Familienname als ledig)			
<b>Aktuelle Adresse:</b>			
<b>Telefonnummer(n):</b>	Festnetz:	Mobile:	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>AHV-Nummer:</b>	756.
<b>Zivilstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet    seit:		
<b>Beruf:</b>		<b>Konfession:</b>	
<b>Wohnsitzgemeinde:</b>		<b>Heimatort:</b>	
<b>Name/Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten:</b> (auch als ledig)			
<b>Hausarzt:</b>	Name, Adresse, Tel. Nr.		
<b>Nächste Bezugspersonen:</b>			
<b>1. Bezugsperson</b>	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
<b>2. Bezugsperson</b>	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
<b>3. Bezugsperson</b>	Name, Adresse, Beziehungsstatus, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
<b>Allfälliger gesetzlicher Vertreter:</b>	Name, Adresse, Tel. Nr., E-Mail-Adresse		
<b>Kontaktperson / Korrespondenzadresse / Rechnungsadresse:</b>	Name, Adresse, Tel. Nr., E-Mail		

**Krankenkasse / Mitgliednummer:** Agentur, Adresse, Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen

**Haftpflichtversicherung / Policen-Nummer:** Adresse

**Benötigte Hilfsmittel vom Wiborada:**

Rollator  Ja  Nein

Rollstuhl  Ja  Nein

Andere Hilfsmittel:

**Es besteht die Möglichkeit, Rechnungen per Lastschriftverfahren zu begleichen.**

Möchten Sie dies nutzen?

Ja  Nein

**Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?**

Ja  Nein

**Bemerkungen:**

Wichtige Informationen:

Sämtliche Kleidungsstücke werden im Wohn- und Pflegezentrum Wiborada persönlich gekennzeichnet. Die Kennzeichnung wird gemäss Taxordnung verrechnet. Wir danken für die Abgabe der persönlichen Kleider, wenn möglich vor dem Eintritt.

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Geschäftsleitung, beim Arzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäftsleitung.

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern.

Die betroffene Person bzw. die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen:

**Datum:**

**Unterschrift:**