

ANMELDUNG

PERSONALIEN

Name Vorname

Lediger Name Konfession

Geburtsort / Kanton Geburtsdatum

Heimatort / Kanton Zivilstand

Letzter Beruf AHV-Nummer | 7 | 5 | 6 | . | | | | | . | | | | | . | | |

Wohnadresse PLZ / Ort

Telefon Festnetz Mobile

E-Mail Adresse

Sind Sie im Besitz einer Patientenverfügung
und/oder Vorsorgeauftrags? Ja Nein

Wenn «Nein», hätten Sie Interesse an einem Formular? Ja Nein

Ihre Wünsche oder Abneigungen bzgl. Zimmer (z.B. Zimmertyp, max. Taxe etc.):

KRANKENKASSE

Name der Kasse Kartenummer

Mitglied-Nummer

Strasse PLZ / Ort

Bitte beim definitiven Eintritt eine Kopie der Krankenkassenkarte (beidseitig kopiert) mitbringen.

HAUSÄRZTLICHE BETREUUNG

Macht die Ärztin / der Arzt / Hausbesuche Ja Nein

Strasse PLZ / Ort / Telefon / E-Mail Adresse

RECHNUNG EMPFÄNGER/IN HEIMRECHNUNG

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Telefon E-Mail-Adresse

WICHTIGE BEZUGSPERSONEN

1 Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon Festnetz _____ Mobile _____
E-Mail Adresse _____ Status (z.B. Ehefrau, Ehemann, Tochter, Sohn, usw.) _____

2 Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon Festnetz _____ Mobile _____
E-Mail Adresse _____ Status (z.B. Ehefrau, Ehemann, Tochter, Sohn, usw.) _____

3 Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon Festnetz _____ Mobile _____
E-Mail Adresse _____ Status (z.B. Ehefrau, Ehemann, Tochter, Sohn, usw.) _____

RENTENBEZUG

Beziehen Sie heute (Zutreffendes ankreuzen)

AHV-Ergänzungsleistungen (EL) Ja Nein

Hilflosenentschädigung (HE) Ja Nein

Ihr Vermögen heute ca. Fr. _____

EINTRITT

Maximale Aufenthaltstaxe _____

So verbleiben wir

- Ich möchte, dass sich das Landgut Unterlöchli sofort bei mir meldet, wenn sie mir einen Platz anbieten können.
- Ich als InteressentIn melde mich, wenn ich eintreten möchte.

Wünschbarer Eintrittszeitraum _____

Dringlichkeit _____

Mit dieser Anmeldung anerkenne ich die im Zeitpunkt des Eintritts geltende Taxordnung vorbehaltlos und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben.

Ort und Datum _____

Unterschrift der/die Bevollmächtigte _____

Unterschrift des/der Interessenten/in _____