|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldeformular**   Lindehus  Im Spiegel | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| 🡺 Bitte folgende Kopien beilegen  ID/Pass  Krankenversicherungskarte  Police oder Rechnung Privathaftpflichtversicherung | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Personalien** |  |  | |  | | |  |
| Name |  | | | | | | |
| Vorname(-n) |  | | | | | | |
| Strasse und Nr. |  | | | | | | |
| PLZ und Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | Mobil-Nr. | |  | | |
| Geburtsdatum |  | | Heimatort/Land | |  | | |
| Zivilstand |  | | Konfession | |  | | |
| Steuerdomizil |  | | Beruf | |  | | |
| AHV-Nummer |  | | | | | | |
| Krankenversicherung |  | | | | | | |
| Privathaftpflicht-versicherung | Versicherer | | Police-Nr. | |  | | |
| Zahnarzt |  | | Hausarzt | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Bezugsperson** |  |  | |  | | |  |
| Vorname und Name |  | | | | | | |
| Adresse |  | | | | | | |
| PLZ und Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | Mobil-Nr. | |  | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Verwandtschaftsgrad |  | | | Benachrichtigung bei Tag  bei Nacht | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Kontakt 1** |  |  | |  | | |  |
| Vorname und Name |  | | | | | | |
| Adresse |  | | | | | | |
| PLZ und Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | Mobil-Nr. | |  | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Verwandtschaftsgrad |  | | | Benachrichtigung bei Tag  bei Nacht | | | |
| **Kontakt 2** |  |  | |  | | |  |
| Vorname und Name |  | | | | | | |
| Adresse |  | | | | | | |
| PLZ und Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | Mobil-Nr. | |  | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Verwandtschaftsgrad |  | | | Benachrichtigung bei Tag  bei Nacht | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Kontakt 3** |  |  | |  | | |  |
| Vorname und Name |  | | | | | | |
| Adresse |  | | | | | | |
| PLZ und Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | Mobil-Nr. | |  | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Verwandtschaftsgrad |  | | | Benachrichtigung bei Tag  bei Nacht | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Rechnungsstellung** | direkt an den Bewohner/die Bewohnerin | | | | | | |
|  | Bezugsperson | | | | | | |
|  | Kontaktperson Nr. | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Briefpost** | aufs Bewohnerzimmer | | | | | | |
|  | Sammelbox Empfang (nur bei regelmässiger Abholung möglich)    Abgabe an: ………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |
|  | Postweiterleitung (CHF 20.00/Mt.) an Bezugsperson  an Kontakt Nr. | | | | | | |
|  | Abstimmungsunterlagen zustellen  vernichten | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  |
| **Welche Installationen werden gewünscht? Bitte unten ankreuzen** | | | | | | | | |
| **Telefon** | kostenlos (inkl. alle Verbindungen CH / exkl. Auskunft und Businessnummern) | | | | | | |
| **Internet** | kostenlos | | | | | | |
| **TV-Anschluss** | kostenlos | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Bemerkungen** |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Vorname und Name |  | | | Unterschrift | |  | |