|  |
| --- |
| **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 |  |