

Formular Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Dienstleistung	<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt
---	--	---

InteressentIn:

*Vornamen / Namen (auch ledig):	
*Gesetzlicher Wohnsitz / Wohnadresse (Strasse, Haus- Nr., PLZ, Ort):	
E-Mail-Adresse:	
*Telefon-Nr. (P, G, Mob.):	
*Heimatort / Staatsangehörigkeit:	

Angaben zu Ihrer Person:

*Geburtsdatum:		*AHV-Nr.:	756.
*Geburtsort:		*Letzte Tätigkeit:	
*Konfession:		*Raucher:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Krankenkasse: (bitte Kopie beilegen)		*Kostform / Diät:	
*Kopie ID:			
*Kopie Familienbüchlein:			
*Patientenverfügung:			
Vorsorgeauftrag:			
*Zivilstand:			
*Namen des letzten Partners: (auch ledig):			
*Datum & Ort des letzten Zivilstandsereignisses:			
z.Z. benötigte Hilfen / Hilfsmittel:			
*Hausarzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.):			

Kontaktpersonen (Vertragsbestandteil):

*Vorname, Name, Beziehungsgrad:	
*Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort:	
*Telefon-Nr. (P, G, Mob):	
*E-Mail-Adresse:	

Rechnungsempfänger:

☐ LSV ☐ EZ

*Vorname, Name, Beziehungsgrad:	
*Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort:	
*Telefon-Nr. (P, G, Mob):	
*E-Mail-Adresse:	

Weitere Bezugspersonen:

Angehörige a:	
Angehörige b:	

Vertrag ab:		<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringlich
*Anmeldedatum:			
Bemerkungen:			
Wohnen mit Dienstleistung:	<input type="checkbox"/> 1½ - Zimmer Wohnung <input type="checkbox"/> 2½ - Zimmer Wohnung <input type="checkbox"/> Einstellhallenplatz (je nach Verfügbarkeit)		

Datum, Unterschrift:		
----------------------	--	--

* zwingende Angaben