

Anmeldeformular

Persönliche Angaben Bewerber

Name
Vorname
Geburtsdatum
Zivilstand
Strasse, PLZ/Wohnort
Heimatort (inkl. PLZ)
Telefon (inkl. Mobile)
Konfession
Versicherten AHV-Nr.
Gesetzlicher Wohnsitz

Bezugsperson 1

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Wohnort
Telefonnummer
Email
Verwandtschaftsgrad

Bezugsperson 2

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Wohnort
Telefonnummer
Email
Verwandtschaftsgrad

Bezugsperson 3

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Wohnort
Telefonnummer
Email
Verwandtschaftsgrad

Rechnungsempfänger

<input type="checkbox"/> Bezugsperson Nr. ____ (Nr. bitte eintragen)
<input type="checkbox"/> Bewohner persönlich
<input type="checkbox"/> Weitere Adresse:

Hausarzt

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer

Krankenkasse

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer

Versicherungs-Nr.

Karten-Nr.

Versicherungsart

Kontaktperson für Eintrittsabklärung

Bewerber

andere Kontaktperson:

Diverse Fragen

Diätkost

Ja Nein

Privater Telefonanschluss / Telefonnummer beibehalten Tel.-Nr.

Ja Nein

Telefonapparat wird mitgebracht

Ja Nein

Radio- oder Fernsehapparat wird mitgebracht

Ja Nein

Mietfernsehapparat (gegen Bezahlung)

Ja Nein

Patientenverfügung (Bitte allenfalls Kopie beilegen)

Ja Nein

Lastschriftverfahren

Ja Nein

Kosten der Dienstleistungen gemäss Taxordnung.

Anmeldung

Vorsorgliche Anmeldung

Ja Nein

Definitive Anmeldung

Ja Nein

Ferienaufenthalt

Ja Nein

Warteliste (unverbindlich)

Ja Nein

Notfalleintritt – falls Ja, rufen Sie uns bitte unter 041 859 03 76 an.

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtigt das Zentrum für aktives Alter Frohsinn AG weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen. Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne persönlich unter Tel. 041 859 03 77 oder per E-Mail info@frohsinn-ag.ch zur Verfügung.