

## ANMELDEFORMULAR

Standort Neu-Affoltern		Standort Oerlikon		Beide möglich
Aufenthalt	Langzeit	Kurzzeit	AüP	Zimmernr.
Eintritt				Austritt

### Personalien

Name  Vorname

Geburtsdatum  Heimatort

Zivilstand  Kommt von  zu Hause  Spital  Soz. med. Institution

Adresse/Ort

Tel.  Neue AHV-Nr.

Gesetzl. Wohnsitz  Konfession

Hausarzt

Krankenkasse inkl. Adresse

Versicherungs-Nr.

Andere Krankenkasse

### Dringlichkeit

Definitive Anmeldung, Eintritt möglichst bald  Vorsorgliche Anmeldung

Besondere Wünsche  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Sonstige Wünsche

### Wen sollen wir bei Freiwerden des gewünschten Zimmers informieren?

Name/Vorname

Adresse/Ort

Tel. P./Tel. G./Mobile

Beziehungsgrad

Datum

Unterschrift zukünftige/r Bewohner/in

Unterschrift Vertreter

Beziehungsgrad