

## ANMELDEFORMULAR

### Standort Oerlikon

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