

Gotthardstrasse 24  
6490 Andermatt  
Telefon: 041 888 70 10  
E-Mail: [miryam.tresch@sgzu.ch](mailto:miryam.tresch@sgzu.ch)



## Anmeldung

### Personalien

|                               |                                     |                                      |  |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Name                          | <hr/>                               |                                      |  |
| Vorname                       | <hr/>                               |                                      |  |
| Geburtsdatum                  | <hr/>                               |                                      |  |
| Adresse                       | <hr/>                               |                                      |  |
|                               | <hr/>                               |                                      |  |
| Telefonnummer                 | <hr/>                               |                                      |  |
| früherer Beruf                | <hr/>                               |                                      |  |
| Heimatort                     | <hr/>                               |                                      |  |
| Schriften deponiert in        | <hr/>                               |                                      |  |
| gegenwärtiger Aufenthaltsort  | <hr/>                               |                                      |  |
|                               | <hr/>                               |                                      |  |
| Zivilstand                    | <input type="checkbox"/> ledig      | <input type="checkbox"/> verheiratet |  |
|                               | <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> verwitwet   |  |
| AHV-Nummer                    | <hr/>                               |                                      |  |
| Konfession                    | <hr/>                               |                                      |  |
| besondere Interessen / Hobbys | <hr/>                               |                                      |  |
|                               | <hr/>                               |                                      |  |
|                               | <hr/>                               |                                      |  |

### Hausarzt

|         |       |
|---------|-------|
| Name    | <hr/> |
| Adresse | <hr/> |
|         | <hr/> |
| Telefon | <hr/> |

### Krankenkasse

|                |       |
|----------------|-------|
| Name           | <hr/> |
| Adresse        | <hr/> |
|                | <hr/> |
| Telefon        | <hr/> |
| Mitgliednummer | <hr/> |

## Kontaktpersonen

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

alle Möglichkeiten ankreuzen

☐

Beistand

☐

Vormund

☐

Sohn / Tochter

☐

Finanzverantwortlicher

☐

\_\_\_\_\_

☐

allgemeiner Ansprechpartner

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

alle Möglichkeiten ankreuzen

☐

Beistand

☐

Vormund

☐

Sohn / Tochter

☐

Finanzverantwortlicher

☐

\_\_\_\_\_

☐

allgemeiner Ansprechpartner

## Verschiedenes

Werden Ergänzungsleistungen bezogen

☐

Ja

☐

Nein

wenn ja, von welcher Kasse

\_\_\_\_\_

Werden Hilfslosenentschädigungen bezogen

☐

Ja

☐

Nein

wenn ja, von welcher Kasse

\_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung \_\_\_\_\_

Gewünschter Eintrittstermin

☐

sofort

☐

innerhalb eines Jahres

☐

vorsorgliche Anmeldung

☐

\_\_\_\_\_

Wünsche / Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnete enbindet den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Heimleitung und dem Pflegepersonal.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, daß wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung nicht die Aufnahme zusichern.

Sie erhalten eine Bestätigung, daß wir Ihre Anmeldung erhalten haben.