

# Hospiz Anmeldeformular

---

## 1. Personalien

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Konfession:

Telefon:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

Heimatort:

Heimatschein deponiert  
in der Gemeinde:

Krankenkasse:

*(Bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen.)*

Mitglied-Nr.:

Zivilstand:

---

## 2. Vertretende Person

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Beziehung:

Telefon:

E-Mail:

## 3. Angehörige/Kontaktpersonen

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Beziehung:

Telefon:

E-Mail:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Beziehung:

Telefon:

E-Mail:

---

## 4. Hausarzt

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

*Die Diagnose des Arztes ist der Anmeldung beizulegen.*

---

### 5. Rechnung geht an

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Ort:

---

### 6. Besondere Wünsche und Bemerkungen

Bei Eintritt wird ein Betreuungsvertrag erstellt.

Ort, Datum:

Unterschrift: