

**Bitte kreuzen Sie an was für Sie in Frage kommt:**

- 3 ½ Zimmer-Wohnung  
 2 ½ Zimmer-Wohnung

**Sobald wir mehr Informationen zu diesen Alterswohnungen haben, werden wir Sie benachrichtigen.**

Bei beiden obengenannten Optionen werden Sie auf die Warteliste gesetzt.

**Bewohnende**

**Personalien 1. Bewohner/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel./Mobile: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnsitz der letzten 5 Jahre: \_\_\_\_\_

**Personalien 2. Bewohner/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel./Mobile: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnsitz der letzten 5 Jahre: \_\_\_\_\_

**Angehörige/Ansprechpersonen**

**1. Ansprechperson**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in: \_\_\_\_\_

## 2. Ansprechperson

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in: \_\_\_\_\_

## Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Arzt

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Erhalten Sie bereits eine  
Hilflosenentschädigung?  Leicht  Mittel  Schwer  Nein

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein

Beziehen Sie eine IV-Rente?  Ja  Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  Ja  Nein

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag?  Ja  Nein

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_