

## Anmeldung für das Alterszentrum Rinau Park

### Personalien

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

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV - Nr. \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Wohnhaft in Kaiseraugst seit \_\_\_\_\_

### Ärztliche Betreuung/ Krankenkasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher Behandlung \_\_\_\_\_

### Kontaktperson

#### 1. Person/Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses \_\_\_\_\_

#### 2. Person/Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Art des Bezugsverhältnisses \_\_\_\_\_

### Anmeldung

Grund \_\_\_\_\_

Gewünschtes Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

### Weiter Angaben

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?  JA  NEIN

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen  JA  NEIN

Rechnungsempfänger

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

### Unterschrift

Der/die Unterzeichnende (n) nimmt/ nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Alters- und Pflegeheim Rinau ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vertreter des Bewohners/ Rechnungsempfänger

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_