

# Anmeldung für das **Alterszentrum Rinau Park**

## Personalien

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

Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

## Kontaktpersonen

### 1. Person/Gesetzlicher Vertreter

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

Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

### 2. Person/Gesetzlicher Vertreter

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

Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

## Ärztliche Betreuung/Krankenkasse

Krankenkasse:

---

Hausarzt:

---

Sind sie in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

---

## Anmeldung

Grund:

---

## Weitere Angaben

Erhalten Sie bereits Hilflosenentschädigung?

Ja  Nein

---

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?

Ja  Nein

---

### Rechnungsempfänger

Name:

Vorname:

---

Strasse:

---

PLZ/Ort:

---

Bemerkungen:

---

## Unterschrift

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

### Bewohner

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

### Vertreter des Bewohners/Rechnungsempfänger

Ort, Datum:

Unterschrift:

---