

## Anmeldung

### Personalien

<b>Anrede:</b>	_____	<b>Geburtsdatum:</b>	_____
<b>Name:</b>	_____	<b>Vorname:</b>	_____
<b>Ledig Name:</b>	_____	<b>Zivilstand:</b> <small>(z.B. Verheiratet / Datum)</small>	_____
<b>Strasse / Nr.:</b>	_____	<b>PLZ / Ort:</b>	_____
<b>Telefon:</b>	_____	<b>E-Mail:</b>	_____
<b>Geburtsort:</b>	_____	<b>Heimatort:</b> <small>(nicht CH: Geburtsort)</small>	_____
<b>Ehemaliger Beruf:</b>	_____	<b>Schriften in:</b>	_____
<b>AHV-Nr:</b> <small>(z.B. 756.1234.5678.95)</small>	_____	<b>Konfession</b>	_____
<b>Krankenkasse:</b>	_____	<b>Allgemein:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Halbprivat:</b> <input type="checkbox"/> <b>Privat:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Krankenkasse Nr.:</b>	_____	<b>Haftpflichtversicherung:</b>	_____
<b>Unfallversicherung:</b>	_____	<b>Allgemein:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Halbprivat:</b> <input type="checkbox"/> <b>Privat:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Ergänzungsleistung:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	<b>Bei Eintritt:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Hilflosen Entschädigung:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	<b>Bei Eintritt:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Existiert eine Beistandschaft</b>	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	<b>Bitte Kontaktdaten eintragen</b>	
<small>Name Vorname</small>	<small>Strasse Nr., PLZ Ort</small>	<small>Telefonnummer</small>	<small>E-Mail</small>

### Hausarzt

<b>Name:</b>	_____	<b>Vorname</b>	_____
<b>Strasse / Nr.:</b>	_____	<b>PLZ / Ort:</b>	_____
<b>Telefonnummer:</b>	_____	<b>E-Mail:</b>	_____

### Gesundheitszustand

**Selbstständig**     **Hilfe bei Hausarbeiten**     **Pflegebedürftig**   
(Verpflegung, Waschen, Reinigung)

**Beziehen Sie aktuell Spitex-Leistungen**    Ja:     Nein:

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

### Wohnungswunsch

**Wohnungsgrösse:**    2 Zi. Whg.     2.5 Zi. Whg.     3 Zi. Whg.     3.5 Zi. Whg.

### Wann wünschen Sie in die Stapfer Stiftung einzutreten?

1–2 Jahre     3–5 Jahre     **Anmeldung ist vorsorglich**

## Wichtigste Kontaktadresse

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Weitere Kontaktadresse

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Weitere Kontaktadresse

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Weitere Kontaktadresse

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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

*Paare füllen bitte pro Person eine Anmeldung aus.*

*Bitte das ausgefüllte Formular per E-Mail oder per Post an uns zurücksenden.*