



dahlia Lenggen 3550 Langnau Tel. 034 408 31 11 FAX 034 408 31 25 info@dahlia.ch www.dahlia.ch  
 dahlia Oberfeld 3550 Langnau Tel. 034 409 91 11 FAX 034 409 92 25  
 dahlia Zollbrück 3436 Zollbrück Tel. 034 496 93 00 FAX 034 496 93 50  
 Alterszentrum Eggwil 3537 Eggwil Tel. 034 491 91 91 FAX 034 491 91 92

**ALTERSZENTRUM  
EGGIWIL**

**Anmeldeformular**      **Eingangsdatum** \_\_\_\_\_       Original     Kopie

**Für**     dahlia Lenggen     dahlia Oberfeld     dahlia Zollbrück     Alterszentrum Eggwil

**Anmeldung für den Eintritt**     vorsorglich                       dringlich

**Personalien:**      Name und Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_      Geburtsort \_\_\_\_\_

Zivilstand     ledig             verheiratet     verwitwet     geschieden

Datum des letzten Zivilstandesereignisses (wenn nicht ledig)

Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Wenn verwitwet, geschieden oder in aufgelöster Partnerschaft: Familienname, Familienname als ledig, Vorname(n) des letzten Ehegatten resp. der letzten Partnerin oder des Partners

AHV-Nr. \_\_\_\_\_      Konfession \_\_\_\_\_

Wohnsitzgemeinde \_\_\_\_\_      Heimatort \_\_\_\_\_

Wohnadresse mit Telefonnummer \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort? \_\_\_\_\_

**Hausarzt** Name, Vorname \_\_\_\_\_      Ort \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_      Versichertenr. \_\_\_\_\_

**Bei dringlicher Anmeldung ist in jedem Fall ein Arztzeugnis beizulegen**

**Zuständig für finanzielle Angelegenheiten (Rechnungsadresse)**

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

Adresse \_\_\_\_\_      Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_      Wohnort \_\_\_\_\_      Tel. G. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_      Natel \_\_\_\_\_

**Erste Bezugsperson sowie Ansprechperson für medizinische und pflegespezifische Fragestellungen**      (\*VG= Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname \_\_\_\_\_      VG\* \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_      Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_      Wohnort \_\_\_\_\_      Tel. G. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      Natel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_      Natel \_\_\_\_\_

**Bitte auf der Rückseite des Formulars mindestens zwei weitere Bezugspersonen vermerken!**

**Weitere Bezugspersonen**

(\*VG= Verwandtschaftsgrad)

Name/Vorname \_\_\_\_\_ VG\* \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ VG\* \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ VG\* \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ VG\* \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel. P. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. G. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

**Es wird bescheinigt, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen.**

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift  
zukünftige/er Bewohnerin/Bewohner

Unterschrift  
Angehörige / Beistand / usw.