



Anmeldeformular (sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt)

1. Anmeldung

dringend vorsorglich

Bei einer **dringenden Anmeldung** nimmt das APB mit Ihnen bei einem freien Zimmer Kontakt auf. Der Eintritt erfolgt – falls Sie Interesse an dem Zimmer haben - innerhalb von 1-2 Wochen nach Kontaktaufnahme.

Bei einer **vorsorglichen Anmeldung** nimmt das APB mit Ihnen erst Kontakt auf, sobald Sie uns mitteilen, dass Sie einen sofortigen Eintritt wünschen. Zudem melden wir uns bei Ihnen jährlich einmal, um mit Ihnen in Kontakt zu bleiben.

2. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Steuerort: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Heimatort: _____ Geburtsort _____

AHV-Nr.: _____

Konfession: reformiert katholisch keine andere _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja nein

Besteht eine Beistandschaft? ja nein **wenn ja, bitte eine Kopie beilegen**

Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt? ja nein **wenn ja, bitte ein Kopie beilegen**

Bemerkungen: _____

3. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name der Krankenkasse: _____

allg. 1/2 privat privat

Bitte bei einer dringenden Anmeldung eine Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) beilegen.

4. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

1. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

2. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

3. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

Korrespondenz ist zu richten an: Anmeldende/n Person 1 Person 2 Person 3
Die Rechnungsstellung erfolgt an: Anmeldende/n Person 1 Person 2 Person 3

5. Hausarzt / Hausärztin

Name/Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

6. Unterschrift/en

Ort, Datum: _____

Anmeldende/r

Vertreter/in

Die Einreichung dieser Anmeldung verpflichtet Sie und das APB nicht zu einem definitiven Eintritt. Dieser wird erst durch den unterzeichneten Pensionsvertrag geregelt.