

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

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

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ AHV Nummer \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Bank \_\_\_\_\_

Steuerlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_ IBAN Nr. \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Zustelladresse Rechnungen \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja  Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja  Nein

### Krankenkasse

Name / Adresse \_\_\_\_\_

Police Nr. \_\_\_\_\_

Bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen!

### Angehörige

Primär Adresse (wird als erste Person benachrichtigt)	
Name / Vorname _____	Tel. _____
Strasse _____	Mobil _____
PLZ / Ort _____	E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____	

Angehörige 2 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Angehörige 3 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Alterszentrum Büel . Rigistrasse 3 . 6330 Cham . Tel. 041 784 58 08 . Fax 041 784 58 09 . info@buel-cham.ch