

ANMELDUNG INTERESSENTEN

| Personalien und allgemeine Angaben | |
|---|--------------------|
| Familienname | Vorname |
| Geburtsdatum | Heimatort (Kanton) |
| Konfession | Zivilstand |
| AHV-Nr. | Telefon-Nr. |
| Strasse | PLZ/Ort |

| Angehörige, Bezugspersonen (Name, Adresse, Telefonnummer) |
|--|
| |
| |
| |
| |
| gesetzliche Vertretung |
| Hausarzt |

| | |
|--------------|---------------|
| Krankenkasse | Mitglieds-Nr. |
|--------------|---------------|

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Demenzielle Erkrankung (beginnend, bestehend, diagnostiziert) |
|--|

| |
|--|
| Bezieht <input type="checkbox"/> AHV-Rente <input type="checkbox"/> IV-Rente <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung |
|--|

| |
|--|
| Vorsorgeauftrag vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt? |
| Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt? |
| Beistandschaft vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Verfügung beilegen |

| |
|---|
| Eintritt <input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringlich (Kontaktaufnahme innert 3 Werktagen) |
|---|

| | |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift (ggf. durch gesetzliche Vertretung) |
|-----------|--|

Einsenden an: AR SUNNSYTE, Schlüchtern 14, Postfach 65, 3150 Schwarzenburg
 oder per E-Mail an: info@arsunnsyte.ch

Datenschutz: Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis und stimmt ausdrücklich zu, dass die im Anmeldeformular aufgeführten persönlichen Daten im Rahmen des Anmeldeverfahrens unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen bearbeitet werden.