

## Anmeldeformular

Wir benötigen untenstehende Informationen von Ihnen, damit wir Ihren Eintritt ins Alterszentrum Mühlefeld bestmöglich vorbereiten können.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es an Rahel Müller, Leiterin Pflege und Betreuung. Sie können es per Post oder per E-Mail senden: rahel.mueller@azmuehlefeld.ch

Bei Fragen und/oder Unklarheiten rufen Sie uns doch an. Wir helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen des Formulars.

### 1. Informationen zum Aufenthalt

Gewünschtes Eintrittsdatum:  
(Ihr Wunschdatum wird nach Möglichkeit berücksichtigt.)

Art des Aufenthaltes: definitiver Aufenthalt  
temporärer Aufenthalt

Aufenthaltsdauer:  
(Bei temporärem Aufenthalt)

### 2. Personalien Bewohner

Name, Vorname:

Aktuelle Wohnadresse:

Telefonnummer:

E-Mail:  
(Falls vorhanden)

Heimatort inkl. PLZ:

Geburtsdatum:

Konfession:

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

### 3. Finanzen und Rechtsdelegation

Bankverbindung (IBAN) Bewohner:

Name, Vorname Rechnungsempfänger:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:



Name, Vorname der 1. Ansprechperson:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Name, Vorname:

- Adresse:
- Tel. / E-Mail:
- Beziehung:

Datum der Einreichung des Formulars: