

Name / Vorname _____

Strasse / PLZ / Ort _____

Telefon Nr. _____ Zivilstand _____

Geburtsdatum _____ Konfession _____

Geburtsort _____

Heimatort _____

Steuerlicher Wohnsitz _____

Hausarzt _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Krankenkasse

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