

Anmeldeformular

Stiftung Phönix Zug

Rufin Seeblick

Personalien

Name _____ Vorname _____

Geb.Dat. _____ Heimatort _____

Zivilrechtliche Wohnadresse _____

AHV.Nr. _____ Telefon _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Gesetzliche Vertretung _____ Beistand

Name, Vorn. _____

Adresse _____

Telefon _____ E-mail _____

Sozial- und Sachversicherungen

IV-Rente ja nein EL / HILO ja nein

Krankenkasse _____ Sektion _____

Vers. Nr. _____

Spital ganze _____ Spital _____

Schweiz ja nein Ausland ja nein

Unfallversicherung _____

Vers. Nr. _____

Haftpflichtversicherung _____

Angehörige

Eltern _____

Ehepartner _____

Kinder _____

Geschwister _____

Vertrauenspersonen _____

Psychische Behinderung _____

Somatische Beschwerden _____

Medikamente _____

Betreuung zur Zeit _____

Hausarzt _____

Psychiatrische Begleitung _____

Zahnarzt _____

Grund der Anmeldung

Vorsorgevertrag

ja

nein

Hinterlegungsort

Unterschriften

Ort / Datum

Bewerberin / Bewerber

Gesetzliche Vertretung
