

ANMELDEFORMULAR

☐ Frau ☐ Herr

Name & Vorname _____

Ehepartner / Lebenspartner _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Geburtsdatum _____

AHV-Nummer _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Heimatort _____

Steuergemeinde _____

Adresse Hausarzt _____

Krankenkasse / Police-Nummer _____

Gesundheitszustand _____

Selbstständigkeitsgrad _____

Benötigte Hilfsmittel _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Vorsorgeauftrag | ☐ Patientenverfügung |
| ☐ Erhalte Ergänzungsleistungen | ☐ Werde Ergänzungsleistungen beantragen |

Adresse & Telefonnummer Angehörige _____

Rechnungsadresse (wenn nicht Loëstrasse 99, 7000 Chur)

Bemerkungen _____

Eintritt per

- ☐ Ich / wir möchte(n) so bald als möglich eintreten
- ☐ Die Anmeldung erfolgt vorsorglich

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte die Anmeldung vollständig ausfüllen und **an Loëgarten AG, Loëstrasse 99, 7000 Chur** senden

E-Mail: info@loegarten.ch
Telefon-Nr.: 081 255 29 24