

Anmeldung

Adresse

Name Mädchenname

Vorname Telefon / Natel

Adresse..... PLZ / Wohnort

Wohnsitzgemeinde (Schriften hinterlegt in)

Personalien

Geburtsdatum Heimatort

AHV- Nr. ZivilstandSeit

Name Gattin / Gatte (inkl. Mädchenname)

Konfession Beruf

Name des Vaters

Name der Mutter (inkl. Mädchenname)

Kontaktadressen

Hausarzt..... **Apotheke** in Visp

Krankenkasse..... Mitglied Nr.

Rentenzahlende Ausgleichskasse

Bezugsperson: Name, Adresse, Telefon, E-Mail

.....

.....

Zahler: Name, Adresse, Telefon, E-Mail

.....

.....

Kinder und sonstige Angehörige

Name, Adresse, Telefon oder Natel

.....
.....
.....
.....

Gesetzlicher Vertreter (Kopie der Bestätigung der KESB falls vorhanden)

Name, Adresse, Telefon, E-Mail

.....
.....

Verschiedenes

Beziehen Sie **Ergänzungsleistungen** Ja Nein

Beziehen Sie **Hilflosenentschädigung** Ja Nein

Falls Ja – Kopie der Verfügung der Ausgleichskasse beilegen

Oder ist allenfalls bereits ein entsprechendes Gesuch eingereicht worden

Patientenverfügung / vorhanden

Vorsorgeauftrag / vorhanden

Voranmeldung **Dringende Liste**

Anmeldebestätigung senden an

Persönliche Wünsche

.....
.....

Datum

Unterschrift