

Anmeldeformular:

Frau Herr

Name bitte auch Ledigen- name angeben		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Strasse		PLZ/Wohnort (Schriften hinterlegt)	
Heimatort		Heimatkanton	
Geburtsort		Telefon	
Name Ehemann/frau		AHV-Nummer Ehemann/frau	

Konfession reformiert
 katholisch
 konfessionslos
 andere
 seit _____

Zivilstand ledig
 verh. } seit _____
 gesch. } (Tg/Mt/Jahr)
 verwit.

**Aufenthalts-
zweck** Daueraufenthalt
 Ferienaufenthalt
 Rehab. Aufenthalt

Aufenthaltort vor Eintritt
(am Tag vor Eintritt)

Privathaushalt
 anderes Heim
 Psychiatrische Klinik
 Rehab. Klinik
 Akutspital
 sonstige Einrichtungen

Sohn / Tochter des _____ der

Letzte Adresse bei			
Letzte Adresse			
Letzter Wohnort		Kanton	

ARZT	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon-Nummer	

KRANKENKASSE	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	

Telefon-Nummer	
Versicherten-Nr.	

Erste Bezugsperson

Bitte wenden *

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

Weitere Angehörige

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

RECHNUNGSADRESSE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon-Nummer		

Gewünschter Eintritt	
-----------------------------	--

**ALTERS- UND
PFLEGEHEIM ENVIA
TGESA D'ATTEMPOS
E DA TGIRA ENVIA**

Voia Envia 2
7492 Alvaneu-Dorf
Telefon 081 410 41 51
info@en-via.ch
www.en-via.ch



Bemerkungen, Wünsche	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Depot für Daueraufenthalt:

Der/die Bewohnende hat vor dem Eintritt in das Alters- und Pflegeheim envia zur Deckung der privaten Auslagen ein Depot von CHF 4'000 zu hinterlegen. Das Alters- und Pflegeheim envia führt zu diesem Zweck ein spezielles Konto.