

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mobil-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zivilrechtlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

AHV Nummer \_\_\_\_\_

### 1. Ansprechperson

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefonnummer	_____	Mobil-Nummer	_____
E-Mail	_____		
Beziehung zur Ansprechperson (Verwandtschaftsgrad etc.)	_____		

### 2. Ansprechperson

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefonnummer	_____	Mobil-Nummer	_____
E-Mail	_____		
Beziehung zur Ansprechperson (Verwandtschaftsgrad etc.)	_____		

## Rechnungsempfänger

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefonnummer	_____	Mobil-Nummer	_____
E-Mail	_____		
Beziehung zur Ansprechperson (Verwandtschaftsgrad etc.)	_____		

## Weitere Angaben

Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Auskunft
Hilfslosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## Anmeldungsart

- dringlich
- vorsorglich

- Ich wünsche eine Kontaktaufnahme durch die GAZK.
- Ich wünsche keine Kontaktaufnahme und kontaktiere Sie bei Bedarf.

## Gewünschter Standort

- Pflege und Betreuung in Kreuzlingen
- Pflege und Betreuung in Bottighofen

Gerne verweisen wir Sie auf die [Informationsveranstaltungen](#) für zukünftige Bewohnende.  
Die Daten finden Sie auch in unserem [Veranstaltungskalender](#) auf [www.azk.ch](http://www.azk.ch).

Für weitere Fragen steht Ihnen unsere Bewohneraufnahme gerne zur Verfügung.

- Telefon +41 71 350 60 12 oder
- [bewohneraufnahme@azk.ch](mailto:bewohneraufnahme@azk.ch)

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_