



## Anmeldung im La Résidence

Name:

Geburtsdatum:

Aktuelle Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Vorname:

Zivilstand:

PLZ/Ort:

Konfession:

Steuerpflichtige Gemeinde:

**Hausarzt:**

Name:

Telefon:

**Krankenkasse:**

Name:

**Gewünschte Wohnform:**

Alterswohnung

1-Zimmer

2 ½ Zimmer

3 ½ Zimmer

Wohngruppe:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

**Eintritt von:**

Spital

Übergangspflege

Zuhause

REHA

**Adresse des nächsten Angehörigen:**

Name/Vorname:

Beziehungsgrad:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

**Gewünschter Eintritt:**

sofort

in 3 - 6 Monaten

vorsorgliche Anmeldung

**Bitte senden Sie das Formular an die untenstehende Adresse.**

**Sie finden das Formular auch online, unter [www.laresidence-sh.ch](http://www.laresidence-sh.ch)**

**Datum/Unterschrift**

Datum:

Formular absenden

Name:

LARÉSIDENCE

Stettemerstrasse 95 | 8207 Schaffhausen | Telefon 052 644 82 82 | Fax 052 644 82 83  
info@laresidence-sh.ch | laresidence-sh.ch