

Anmeldeformular - Betagtenzentren

Vielen Dank für Ihr Interesse an den Wohnangeboten von Viva Luzern. Bitte markieren Sie das gewünschte Betagtenzentrum:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Viva Luzern Dreilinden | <input type="checkbox"/> Viva Luzern Staffelnhof | <input type="checkbox"/> Viva Luzern Eichhof |
| <input type="checkbox"/> Viva Luzern Wesemlin | <input type="checkbox"/> Viva Luzern Rosenberg | <input type="checkbox"/> Viva Luzern Tribtschen |
| <input type="checkbox"/> Spezialabteilung Demenz | | |

Wie sind Sie auf Viva Luzern aufmerksam geworden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medien (Zeitung, Radio, Fernsehen) | <input type="checkbox"/> Empfehlung Freunden/Bekannten |
| <input type="checkbox"/> Partner (Anlaufstelle Alter, Pro Senectute, Spitex, Spital) | <input type="checkbox"/> Webseite www.vivaluzern.ch |
| <input type="checkbox"/> Ich lebe in einem Quartier mit einem Standort von Viva Luzern. | |
| <input type="checkbox"/> Veranstaltungen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Personalien (*Pflichtfelder)

*Name/Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

*Adresse/PLZ/Ort: _____

*Telefonnr.: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

*Wohnhaft in Luzern seit: _____

AHV-Nr.: 756. _ _ _ . _ _ _ . _ _ _

Krankenversicherungskartennr.: _____ gültig bis: _____

Name Krankenkasse: _____

Kundennummer.: _____



Hausarzt/-ärztin (Name, Adresse, Telefon): _____

Facharzt (Richtung, Name, Adresse, Telefon): _____

Facharzt (Richtung, Name, Adresse, Telefon): _____

Adressen der Angehörigen/Bezugspersonen

1. Bezugsperson: Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name/Vorname: _____

Adresse/PLZ/Ort: _____

Mobile: _____ E-Mail: _____

2. Bezugsperson: Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name/Vorname: _____

Adresse/PLZ/Ort: _____

Mobile: _____ E-Mail: _____

Ausgefüllt von (Name): _____ Datum: _____

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir direkt mit Ihnen oder mit einer ihrer angegebenen Bezugspersonen nach Erhalt der Anmeldung Kontakt aufnehmen dürfen:

- direkt mit mir mit 1. Bezugsperson mit 2. Bezugsperson
 bitte nehmen Sie betreffend das weitere Vorgehen mit (Name, Vorname, Telefonnr.)

_____ Kontakt auf.

Bitte senden Sie uns mit der Anmeldung den beigelegten **Arztbericht** ausgefüllt mit.

Das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular (Pflichtfelder) bitte an:

Viva Luzern AG, Beratung Wohnen im Alter, Schützenstrasse 4, 6003 Luzern oder per Mail an beratung@vivaluzern.ch senden. Vielen Dank.

Gerne nehmen wir nach Erhalt der Anmeldung Kontakt mit Ihnen auf. Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen, Ihre Viva Luzern.