

Anmeldeformular - Betagtenzentren

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

- Viva Luzern Dreilinden Viva Luzern Staffelnhof Viva Luzern Eichhof
 Viva Luzern Wesemlin Viva Luzern Rosenberg Viva Luzern Tribtschen
 Spezialabteilung Demenz

Personalien (*Pflichtfelder)

*Name/Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

*Adresse/PLZ/Ort: _____

*Telefonnr.: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

*Wohnhaft in Luzern seit: _____

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

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

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

AHV-Nr.: 756. ____ . ____ . ____

Krankenversicherungskartennummer: _____ gültig bis: _____

Viva Luzern AG · Beratung Wohnen im Alter

Schützenstrasse 4 · 6003 Luzern

Telefon 041 612 70 40 · www.vivaluzern.ch

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: _____

Unterschrift: _____ 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.