

Neuanmeldung Mitgliedschaft Plus

- Einzelperson CHF 70.00
- Ehepaar/Konkubinat CHF 100.00 (bitte auch die Rückseite für den Partner ausfüllen)

Einzahlung mit Vermerk Mitgliedschaft Plus: IBAN CH45 0900 0000 6000 4162 7

Änderungsmeldung für Mitgliedschaft Plus

(Adressänderung, Wechsel Hausarzt, Änderung Gesundheitszustand, Änderung Kontaktperson, etc.)

Allgemeine Angaben

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>	Telefon/Natel	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

Angaben zur Ihrer Gesundheit

Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt? Nein

Ja, welche:

Nehmen Sie täglich Medikamente? Nein

Ja, welche:

Leiden Sie an Diabetes mellitus? Nein Ja

Insulinpflichtig? Nein Ja

Leiden Sie an Herz-
Kreislaufkrankungen? Nein Ja

Nehmen Sie Blutverdünner? Nein Ja

Kontaktpersonen im Notfall und Zweitschlüssel

Soll diese Person auch nachts kontaktiert werden? Nein Ja

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Für Einzelpersonen:

Wo oder bei wem ist im Notfall ein Zweitschlüssel hinterlegt?

Anmeldung für den Partner für Mitgliedschaft Plus



Allgemeine Angaben

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>	Telefon/Natel	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

Angaben zur Ihrer Gesundheit

Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt? Nein

Ja, welche:

Nehmen Sie täglich Medikamente? Nein

Ja, welche:

Leiden Sie an Diabetes mellitus? Nein Ja

Insulinpflichtig? Nein Ja

Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen? Nein Ja

Nehmen Sie Blutverdünner? Nein Ja

Kontaktpersonen im Notfall und Zweitschlüssel

Soll diese Person auch nachts kontaktiert werden? Nein Ja

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Bemerkungen

Ihre Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich.

Intern: Knd erf Mlg erf Zlg Scan Best