

## Ameldung

**Name und Vorname:** .....

Adresse: ..... Wohnort: .....

Telefon-Nummer: ..... Konfession: .....

Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....

**Zivilstand:**     Ledig         Geschieden/Getrennt         Verheiratet         Verwitwet

**Hausarzt:** ..... Wohnort: .....

Telefon-Nummer des Hausarztes: .....

**Krankenkasse und Sektion:** .....

Krankenkasse-Mitgliedernummer: ..... **AHV-Nummer:** .....

Angehörige, Bekannte oder gesetzlicher Vertreter:

Name und Vorname: .....

Adresse: ..... Wohnort: .....

Telefon-Nummer: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Per Mail versenden