



Anmeldeformular-Aufnahmegesuch

| | | | |
|---|--|-------------------|--|
| Familienname | | Konfession | |
| Vorname <small>Rufname unterstreichen</small> | | Geburtsort | |
| Geburtsdatum | | Zivilstand | |
| Heimatort | | | |
| Heimatschriften deponiert in der Gemeinde | | | |

| | |
|--------------------|--|
| Wohnadresse | |
| Telefon | |

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------|--|
| Krankenkasse (KK) | | AHV Nr. | |
| KK Adresse | | | |
| KK Ver. Nr. | | | |
| KK Telefon | | | |

| | |
|---------------------------|--|
| Hausarzt | |
| Hausarzt Adresse | |
| Hausarzt Telefon | |
| Bekannte Allergien | |

| | |
|--|--------------------------|
| Gesetzlicher Vertreter/Beistand | |
| NEIN | <input type="checkbox"/> |
| JA | |
| Name | |
| Vertreter/Beistand Adresse | |
| Vertreter/Beistand Telefon | |



Anmeldeformular-Aufnahmegesuch

| | | |
|--|-------------|--|
| Nächste Angehörige | | |
| 1 Kontakt Bezugsperson | Name | |
| 1 Kontakt Adresse | | |
| 1 Kontakt Telefon E-Mail-Adresse | | |

| | | |
|--------------------------|-------------|--|
| 2 Kontakt | Name | |
| 2 Kontakt Adresse | | |
| 2 Kontakt Telefon | | |

| | | |
|--------------------------|-------------|--|
| 3 Kontakt | Name | |
| 3 Kontakt Adresse | | |
| 3 Kontakt Telefon | | |

| | | |
|--|-----------|-------------|
| Leben Sie zurzeit in einem anderen Alters- und/oder Pflegeheim? | JA | NEIN |
| Wenn gewünscht Familie nachts informieren? (Todesfall) | JA | NEIN |
| Erlauben Sie Fotos für interne Aufnahmen sowie das Bewohnerdossier? | JA | NEIN |
| Zuletzt ausgeübter Beruf | | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Gewünschtes Eintrittsdatum | |
|-----------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Rechnungsempfänger Name, Vorname | |
| Adresse | |
| Telefon | |
| E-Mail-Adresse | |

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____