



Gesuch um Aufnahme ins Altersheim Muhlen

Familiennamen: _____ Konfession: _____

Vornamen: _____ (Rufnamen unterstreichen)

Geburtsdatum: _____ Geboren in: _____

Heimatort: _____ Zivilstand: _____

Wohnadresse: _____

Tel. Nr.: _____ AHV Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Krankenkasse Adresse: _____

Krankenkasse Vers. Nr.: _____ Kk.Tel: _____

Hausarzt (mit Adresse und Tel.): _____

Heimatschriften deponiert in der Gemeinde: _____

Verwitwet oder geschieden von: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Namen der Eltern: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter? ____ Name: _____

Wenn ja bitte Adresse und Tel.: _____

Nächste Angehörige (mit Adresse, Tel. und Natel):

1. Ansprechpartner/in: _____

weitere: _____

Führen Sie gegenwärtig einen eigenen Haushalt? _____

Leben Sie in Familiengemeinschaft mit Angehörigen? _____

Leben Sie zurzeit in einem Heim oder Spital? _____

Gewünscht wird: Einzelzimmer Ehepaarkombination

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

(auch in Vertretung möglich)