



## Anmeldeformular-Aufnahmegesuch

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

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Wohnadresse</b> |  |
| <b>Telefon</b>     |  |

|                          |  |                    |  |
|--------------------------|--|--------------------|--|
| <b>Krankenkasse (KK)</b> |  | <b>AHV<br/>Nr.</b> |  |
| <b>KK Adresse</b>        |  |                    |  |
| <b>KK Ver. Nr.</b>       |  |                    |  |
| <b>KK Telefon</b>        |  |                    |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Hausarzt</b>           |  |
| <b>Hausarzt Adresse</b>   |  |
| <b>Hausarzt Telefon</b>   |  |
| <b>Bekannte Allergien</b> |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Gesetzlicher Vertreter/Beistand</b> |  |
| <b>NEIN</b>                            |  |
| <b>JA</b>                              |  |
| <b>Name</b>                            |  |
| <b>Vertreter/Beistand Adresse</b>      |  |
| <b>Vertreter/Beistand Telefon</b>      |  |



## Anmeldeformular-Aufnahmegesuch

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Nächste Angehörige</b>                  |             |
| <b>1 Kontakt</b><br>Bezugsperson           | <b>Name</b> |
| <b>1 Kontakt Adresse</b>                   |             |
| <b>1 Kontakt Telefon</b><br>E-Mail-Adresse |             |

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <b>2 Kontakt</b>         | <b>Name</b> |
| <b>2 Kontakt Adresse</b> |             |
| <b>2 Kontakt Telefon</b> |             |

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <b>3 Kontakt</b>         | <b>Name</b> |
| <b>3 Kontakt Adresse</b> |             |
| <b>3 Kontakt Telefon</b> |             |

|  |           |             |
|--|-----------|-------------|
| <b>Wenn gewünscht Familie nachts informieren? (Todesfall)</b>          | <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
| <b>Führen Sie gegenwärtig einen eigenen Haushalt?</b>                  | <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
| <b>Leben Sie in Familiengemeinschaft mit Angehörigen?</b>              | <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
| <b>Leben Sie zurzeit in einem anderen Alters- und/oder Pflegeheim?</b> | <b>JA</b> | <b>NEIN</b> |
| <b>Zuletzt ausgeübter Beruf</b>  |           |             |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Gewünschtes Eintrittsdatum</b> |  |
|-----------------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>Rechnungsempfänger</b><br>Name, Vorname |  |
| <b>Adresse</b>                             |  |
| <b>Telefon</b>                             |  |
| <b>E-Mail-Adresse</b>                      |  |

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_