Eintritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zimmer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wird durch das

Heim ausgefüllt)

**Anmeldung**

Name

Vorname(n)

Adresse, PLZ, Wohnort,

Telefon Privat / Natel

Email

Geburtsdatum       Geburtsort

Heimatort / Staat       Beruf

Zivilstand       Konfession

aktueller Hausarzt

**Krankenkasse** - Name       Mitgliedernr.

Krankenkasse - Adresse

**Haftpflichtvers.** – **obligatorisch**     Policenr.

Haftpflichtvers. Adresse

**Hausratvers.** - **fakultativ**       Policenr.

Hausratvers. - Adresse

AHV - Nummer

Angehörige, Vertrauensperson

Name Vorname Grad Adresse Telefon, Natel, Mail

1. Ansprechperson:

Weitere Bezugspersonen:

Bemerkungen zu

Wünschen und Gewohn-

heiten des täglichen

Lebens

(fakultative Angabe)

Bemerkungen zum

Gesundheitszustand

(fakultative Angabe)

Bemerkungen

Finanzielle Verhältnisse Bitte legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie Ihrer

definitiven Steuerveranlagung bei.

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung, die definitive Aufnahme erfolgt mit einem Bewohnervertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Heimleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Heimleitung.

Ort und Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(evtl. Unterschrift des/der

gesetzlichen Vertreters/In)