

Aufnahme-Gesuch

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

AHV-Nr.:.....

Adresse:.....

.....

Telefon:.....

Zivilstand:.....

Heimatort:.....

Name des Ehepartners:.....

Angehörige:

Name:

Adresse:

Tel.:

Beziehungsgrad:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontaktperson:.....

Konfession:.....

Hausarzt:.....

Krankenkasse:.....

Hilflosenentschädigung:.....

Rechnungsadresse:.....

Gewünschter Eintrittstermin:.....

Einzelzimmer

Zweierzimmer

Sind Sie in ärztlicher Behandlung

Ja Nein

wenn ja, weshalb:.....

Sind Sie pflegebedürftig

Ja Nein

wenn ja, wie:.....

Benötigen Sie eine Diät auf ärztliche Verordnung

Ja Nein

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer

Ja Nein

Bringen Sie eigene Möbel mit

Ja Nein

Bringen Sie einen Fernseher mit

Ja Nein

Persönliche Wünsche:.....

.....

.....

Bemerkungen:.....

.....

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....