

Bewohner-Anmeldung

Frau Herr

Name (Ledigenname)		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Strasse		PLZ/Wohnort (Schriften hinterlegt)	
Heimatort		Heimatkanton	
Geburtsort		Telefon	
Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> andere	Zivil-stand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verwit.
		} seit (Datum)	
		Aufenthalts-zweck	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt <input type="checkbox"/> Rehab. Aufenthalt <input type="checkbox"/> _____
Aufenthaltort vor Eintritt (am Tag vor Eintritt)	<input type="checkbox"/> Privathaushalt <input type="checkbox"/> anderes Heim <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik <input type="checkbox"/> Rehab. Klinik <input type="checkbox"/> Akutspital <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtungen		

Sohn / Tochter des _____ und der _____

Letzte Adresse bei

Letzte Adresse

Letzter Wohnort

HAUSARZT

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon-Nummer

KRANKENKASSE

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon-Nummer

Kunden-Nr.

Bitte wenden

Erste Bezugsperson

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> Tochter
Adresse			<input type="checkbox"/> Sohn
PLZ, Ort			<input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	<input type="checkbox"/> Enkel /-in
	Natel:		<input type="checkbox"/> Bruder
	e-mail:		<input type="checkbox"/> Schwester
			<input type="checkbox"/> Cousin /-ine
			<input type="checkbox"/> andere _____

Weitere Angehörige

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> Tochter
Adresse			<input type="checkbox"/> Sohn
PLZ, Ort			<input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	<input type="checkbox"/> Enkel /-in
	Natel:		<input type="checkbox"/> Bruder
	e-mail:		<input type="checkbox"/> Schwester
			<input type="checkbox"/> Cousin /-ine
			<input type="checkbox"/> andere _____

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> Tochter
Adresse			<input type="checkbox"/> Sohn
PLZ, Ort			<input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	<input type="checkbox"/> Enkel /-in
	Natel:		<input type="checkbox"/> Bruder
	e-mail:		<input type="checkbox"/> Schwester
			<input type="checkbox"/> Cousin /-ine
			<input type="checkbox"/> andere _____

RECHNUNGSADRESSE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	
Name			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:	e-mail:	

Gewünschter Eintritt	
-----------------------------	--

Bemerkungen, Wünsche	

Datum: _____

Unterschrift: _____