

| |
|---|
| <h2 style="margin: 0;">Anmeldung Bewoher</h2> <p style="margin: 0;">(Details entnehmen Sie bitte unseren Allgemeinen Bedingungen)</p> |
|---|

| Personalien | | | |
|---------------------------|------|------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon | | Mobile | |
| Geburtsdatum | | Zivilstand | |
| Heimatort | | Konfession | |
| Schriftenort | | | |
| Sozialversicherungsnummer | 756. | | |

| Eintrittsangaben | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Fix/Langzeit | <input type="checkbox"/> Ferien/Kurzzeit | |
| Eintrittsdatum | | Eintrittszeit | |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | | |
| Eintritt von | <input type="checkbox"/> Zu Hause | <input type="checkbox"/> Spital/Klinik | <input type="checkbox"/> Anderes |
| Hatten Sie vor Eintritt Spitex? | Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> |

| Wichtige Adressen | | | |
|-------------------|--|------------------|--|
| Krankenkasse | | | |
| Name | | Strasse | |
| PLZ/Ort | | Mitglieder-Nr. | |
| Karten-Nr. | | Gültig bis Datum | |

| Hausarzt | | | |
|----------|--|---------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon | | | |
| E-Mail | | | |

| Angehörige/Freunde | | | |
|--------------------|--|---------------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon P | | Telefon G | |
| Mobile | | Verwandtschaftsgrad | |
| E-Mail | | | |

| | | | |
|-----------|--|---------------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon P | | Telefon G | |
| Mobile | | Verwandtschaftsgrad | |
| E-Mail | | | |

| | | | |
|-----------|--|---------------------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon P | | Telefon G | |
| Mobile | | Verwandtschaftsgrad | |
| E-Mail | | | |

| Vertragliches | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|--|
| Wer unterschreibt den Vertrag | | | |
| <input type="checkbox"/> | Bewohner | | |
| <input type="checkbox"/> | Vertreter (Bitte Namen ergänzen) | | |
| Rechnungsempfänger für Heimrechnung | | | |
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon P | | Telefon G | |
| Mobile | | E-Mail | |
| <input type="checkbox"/> | Beistandschaft? | | |

| Empfänger von Post wie Rechnungen, allgemeines, Werbungen etc. | | | |
|--|--|-----------|--|
| Name | | Vorname | |
| Strasse | | PLZ/Ort | |
| Telefon P | | Telefon G | |

| Diverses/Bemerkungen |
|----------------------|
| |
| |

Ort/Datum _____

Unterschrift _____