

Anmeldung

Name	Vorname	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel. Nr.	Zivilstand	
Geburtsdatum	AHV-Nr.	
Konfession	Heimatort	
Krankenkasse / Mitgliednummer	Bisheriger Hausarzt	
Namen und Adressen der Angehörigen	Verwandtschaftsgrad	Tel. Nr.
Gewünschte Wohneinheit (bitte ankreuzen)		
<input type="radio"/> Einzelzimmer (Pflege) <input type="radio"/> Doppelzimmer (Pflege) <input type="radio"/> Ferienzimmer (Pflege) <input type="radio"/> Einzimmerwohnung <input type="radio"/> 2 ½-Zimmerwohnung <input type="radio"/> 3 ½-Zimmerwohnung		
Sind Sie pflegebedürftig?		
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> stark Betreuung durch Spitex: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Gewünschter Einzugstermin		
Bemerkungen		
Datum	Unterschrift	

Bitte Formular mit Blockschrift ausfüllen.