

## Anmeldung

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	AHV Nr:	_____
Strasse:	_____	Wohnort:	_____
Heimatort:	_____	Zivilstand:	_____
Konfession:	_____	Seelsorger:	_____
Krankenkasse:	_____	Police Nr.:	_____
Hausarzt:	_____	Telefon	_____
Adresse:	_____	Ort:	_____
Eintrittsdatum:	_____	Pflegestation:	_____

### Kontaktperson Finanzen/gesetzlicher Vertreter

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Mail:	_____

### Angehörige/Bezugspersonen

Beziehung zur Person: \_\_\_\_\_

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Mail:	_____

Beziehung zur Person: \_\_\_\_\_

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Mail:	_____

Ort/Datum	_____	Unterschrift:	_____
-----------	-------	---------------	-------