



## Eintrittsformular

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nummer: \_\_\_\_\_  
Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Telefonanschluss gewünscht?  Ja  Nein  
Aufenthalt vor Eintritt?  zu Hause  and. Heim  Krankenhaus

### Kontaktperson für das Alterszentrum:

1. Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
**Für Finanzen zuständig:** \_\_\_\_\_

### Weitere Bezugspersonen:

2. Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil / E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

3. Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil / E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

4. Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil / E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_