

Bewerbung zur Aufnahme

Personalien

Name und Vorname _____
(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)

Geboren am _____ in _____

Heimatgemeinde _____ AHV-Nr. _____

AHV-Ausgleichskasse _____

Zivilstand _____ Beruf _____

Konfession _____

Gegenwärtige Wohnadresse _____

Telefonnummer _____

Nächste Angehörige/Vertraute (Name, Adresse, Telefonnummer)

Gesundheitszustand

gut / ordentlich (nicht Zutreffendes streichen) ja nein

Sind Sie für die Besorgung Ihrer täglichen Obliegenheiten auf fremde Hilfe angewiesen? ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Benötigen Sie besondere Kost (Diät), welche? _____

Hausarzt (Name, Adresse) _____

Krankenkasse _____

Mitglieder-Nummer _____ Versicherungskategorie _____

Benutzen Sie einen Fernseher ja nein ein Radio ja nein ein Telefon ja nein

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Bemerkungen

Ort/Datum

Unterschrift
