

Stammdaten

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Zivilstand	
Adresse		Name des Ehepartners	
PLZ/Ort		Name des Vaters	
Gegenwärtiger Aufenthaltsort		inkl. Mädchename Name der Mutter	
AHV-Institution		Konfession	
AHV-Nr.		Schriften hinterlegt in	
Krankenkasse		Heimatort	
Mitglieder-Nr.		ehem. Beruf	
Hausarzt			
Rechnung an		Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, noch nicht

Angehörige

Adress-Typ Ehegatte, Sohn, Tochter, usw	Name	Adresse	Tel.Nr.

Übrige Angaben und Wünsche

Gewünschter Eintritt		Definitiver Eintritt
Zimmerwunsch	<input type="checkbox"/> Einzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
mit Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eigene Zimmermöbel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie	Ergänzungsleistungen Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Hilflosenentschädigung Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Spezielle Wünsche		
Ort, Datum		
Unterschrift		