

### **Aufnahme-Gesuch**

#### **Angaben zur Bewohnerin / zum Bewohner**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Gemeinde: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Ehem. Beruf: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

#### **Gesetzlicher Vertreter (Beistand oder Vormund)**

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### **Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Versicherten Nr.: \_\_\_\_\_

#### **Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## **Rechnungsadresse**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bezieht der/die Gesuchstellerin Ergänzungsleistungen? Ja  Nein

Auf welchen Termin wünschen Sie den Eintritt:

\_\_\_\_\_

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_