

Stammdaten

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

Angehörige

Adress-Typ <small>Ehegatte, Sohn, Tochter, usw</small>	Name	Adresse	Tel.Nr.

Übrige Angaben und Wünsche

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