

## Formular Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> Langzeitplatz	<input type="checkbox"/> Übergangsplatz	<input type="checkbox"/> Ferienplatz	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Dienstleistung
--	---	--------------------------------------	--

### Interessentin/Interessenten Adresse:

Vornamen Namen (auch ledig):			
Wohnadresse (Strasse, Haus- Nr., PLZ, Ort):			
E- Mail- Adresse:			
Telefon- Nr. (P, G, Mob.):			
Heimatort/Staatsangehörigkeit:		Bewohner- Nr.:	

### Angaben zu Ihrer Person:

Geburtsdatum:		AHV-Nr.:	756.
Geburtsort:		Letzte Tätigkeit:	
Konfession:		Haustiere:	
Anmeldungs- Datum:		Mitglied Verein:	
Krankenkasse Name:		Wäsche Name:	
Krankenkassen- Nr. <b>Kopie beilegen!</b> :		verordn. Diät:	
Krankenkassen- Karten- Nr.:		Vorsorgevertrag::	
Patientenverfügung <b>Kopie beilegen!</b> :		Raucher:	
Zivilstand:			
Namen des letzten Partners (auch ledig):			
Datum & Ort des letzten Zivilstandsereignisses:			
z.Z. benötigte Hilfen / Hilfsmittel:			
Hausarzt (Name, Adresse, Tel.- Nr.):			

### Kontaktpersonen (Vertragsbestandteil):

Vorname, Name, Beziehungsgrad:			
Strasse, Haus- Nr., PLZ, Ort:			
Telefon- Nr. (P, G, Mob):			
E- Mail- Adresse:			

### Weitere Bezugspersonen:

Angehörige a:			
Angehörige b:			
Angehörige c:			

### Administratives:

Vertrag ab:		Eintritt am:	
Zimmer- Nr.:		Eigenes Bett:	
Kriterien Erfüllung: PDL / IL		Rechnung:	<input type="checkbox"/> LSV <input type="checkbox"/> EZ

### Rechnungsempfänger:

Bemerkungen:			
Übergangs- & Ferienplatz: Zeitraum:			
Wohnen mit Dienstleistung:	<input type="checkbox"/> 1 ½- Zimmer Wohnung <input type="checkbox"/> 2 ½-- Zimmer Wohnung <input type="checkbox"/> Einstellhallenplatz (je nach Verfügbarkeit)		

Datum, Unterschrift:			
----------------------	--	--	--