

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

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

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

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_

Bürgerort: \_\_\_\_\_

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

Haftpflicht (oblig.): \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_ Pol. Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_ Pol. Nr.: \_\_\_\_\_

Allgemein: \_\_\_\_\_ Halbprivat: \_\_\_\_\_ Privat: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

**Eintritt:** \_\_\_\_\_ Dringlich:  Nach Vereinbarung:

**Gewünschter Aufenthalt:**  1-Zi-Appartement  2-Zi-Appartement (Priorität: Ehepaare)  
 Ferienzimmer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Vertrag und Rechnung geht an:** \_\_\_\_\_

**Personen-Bezugskreis**

	1. Angehörige	2. Angehörige	3. Angehörige
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Telefon			
Mobile			
E-Mail			
Verwandtschaftsgrad			

Der/die Unterzeichnete ermächtigt den Hausarzt, der das ärztliche Zeugnis erstellt hat, der Bezugsperson des Alterswohnheim Serata Oeggisbüel alle nötigen Auskünfte zu geben. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Heimintern**

Vertrag auf: \_\_\_\_\_  
 App.-Nr.: \_\_\_\_\_