

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Tel. Nummer: _____

PLZ / Ort: _____ AHV-Nummer: _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort: _____ Zivilstand: _____

Beruf: _____ Konfession: _____

Hausarzt:
Name, Adresse _____

Tel. Hausarzt: _____

Im Notfall und/oder nicht
Erreichbarkeit des Hausarztes,
wird der Heimarzt konsultiert.

Krankenkasse: _____

Kopie der KK Bitte Kopie beilegen. Gültig bis: _____

Aufenthalt vor Eintritt ins OEKAS: Privathaushalt Spital anderes Heim

Hatten Sie Spitexhilfe zuhause? Ja Nein

Verwandte und nahestehende Personen: _____ Art der Beziehung
Name, Vorname, Adresse, Telefon, **e-mail** Bitte in Blockschrift Vielen Dank! (z.B. Sohn / Bekannter)

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____