

## Anmeldung

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	Tel. Nummer:	_____
PLZ / Ort:	_____	AHV-Nummer:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Heimatort:	_____	Zivilstand:	_____
Beruf:	_____	Konfession:	_____
Hausarzt:	_____	Tel. Hausarzt:	_____
Krankenkasse:	_____	Mitgliednummer:	_____
Haftpflichtvers.:	_____	Mitgliednummer:	_____
Mobiliar:	_____	Mitgliednummer:	_____

Aufenthalt vor Eintritt ins OEKAS:  Privathaushalt  Spital  anderes Heim

Hatten Sie Spitexhilfe zuhause?  Ja  Nein

Verwandte und nahestehende Personen: Art der Beziehung  
(Bitte geben Sie Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer an. Danke!) (z.B. Sohn / Bekannter)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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