

## Anmeldung

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	Tel. Nummer:	_____
PLZ / Ort:	_____	AHV-Nummer:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Heimatort:	_____	Zivilstand:	_____
Beruf:	_____	Konfession:	_____
Hausarzt: Name, Adresse	_____ _____	Tel. Hausarzt:	_____
Krankenkasse:	_____		
	<b>Bitte Kopie der Krankenkassenkarte</b>	Gültig bis:	_____

Aufenthalt vor Eintritt ins OEKAS:  Privathaushalt  Spital  anderes Heim

Hatten Sie Spitexhilfe zuhause?  Ja  Nein

### Rechnungsempfänger falls abweichend der Anmeldung:

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	Tel. Nummer:	_____
PLZ / Ort:	_____	E-Mail:	_____

Art der Beziehung  
(z.B. Sohn / Tochter / Bekannter) \_\_\_\_\_

**Verwandte und nahestehende Personen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. Nummer: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Art der Beziehung  
(z.B. Sohn / Tochter / Bekannter) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. Nummer: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Art der Beziehung  
(z.B. Sohn / Tochter / Bekannter) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. Nummer: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Art der Beziehung  
(z.B. Sohn / Tochter / Bekannter) \_\_\_\_\_

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