



Anmeldeformular

Eintritt ins Alters- und Pflegeheim Fahr

Gewünschter Eintrittstermin	☐ sobald als möglich	☐ vorsorglich
Aufenthalt	☐ Daueraufenthalt	☐ Ferien / Rehabilitation
Zimmer	☐ Zimmer im Haus 1	☐ Zimmer mit DU im Haus 1
	☐ einf. Zimmer im Haus 2	☐ was gerade frei wird

Interessant

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Schriften in
Geburtsdatum	Heimatort
Zivilstand	Nationalität
AHV-Nr.*	Konfession
Aufenthaltort**	Beruf (erlernt)

*(AHV-Nr. wird zwingend benötigt) ** (Spital/Reha/zu Hause, etc.)

Angehörige Ansprechperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beziehungsgrad

Angehörige übrige 1

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beziehungsgrad

Angehörige übrige 2

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beziehungsgrad

Korrespondenzempfänger

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beziehungsgrad

Rechnungsempfänger

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beziehungsgrad

Hausarzt / Zahnarzt

Hausarzt	
Strasse	PLZ/Wohnort
Zahnarzt	
Strasse	PLZ/Wohnort

Krankenkasse

Grundversicherung	Bitte Kopie von Versicherungskarte beilegen oder ins Sekretariat zum Kopieren bringen	
Adresse		
Zusatzversicherung	Vers.Nr.	
Adresse		

Persönliche Bemerkungen

Wünschen Sie ein Telefon im Zimmer	☐ ja	☐ nein
Allergien und Unverträglichkeiten		
Sonstige Bemerkungen		

Ort und Datum

Unterschrift