



## Anmeldeformular Festeintritt

### ***Persönliche Daten***

Nachnamen:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Heimatort:	
Konfession:	
Zivilstand:	
Adresse:	
Postleitzahl:	Wohnort:
Telefon:	

### ***Angehörige / Kontaktadresse***

Nachnamen:	
Vorname:	
Adresse:	
Postleitzahl:	Wohnort:
Telefon:	

### ***Krankenkasse***

Name:	
Adresse:	
Postleitzahl:	Ort:
Persönliche Versicherten Nr.	

### ***Ausgleichskasse***

Name:	
Adresse:	
Postleitzahl:	Ort:
AHV-Nummer:	

## **Hausarzt**

Name:	
Adresse:	
Postleitzahl:	Ort:

## **Pflege**

Benötigen Sie regelmässig Hilfe: Ja ___ Nein ___ (bitte ankreuzen)
wenn ja welche:
Benötigen Sie Diät: Ja ___ Nein ___ (bitte ankreuzen)
wenn ja welche:

## **Wann wollen Sie ins Eyhuis eintreten?**

sofort ___ nach Möglichkeit ___ unbestimmt ___ (bitte ankreuzen)
--

- 
- Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.
  - Bitte beachten Sie, dass wir mit der Entgegennahme dieser Anmeldung keine Aufnahme zusichern können. Dies hängt jeweils vom Zimmerangebot ab.
  - Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.
  - Gleichzeitig ermächtigen Sie uns, bei einem evtl. Eintritt ins Eyhuis, bei Ihrem Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen.
- 

**Datum:**

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_