

Eingang Anmeldung Visum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------

Bestätigung Anmeldung	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

Nummer Anmeldung	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

# Aufnahmegesuch

<b>Name/Vorname</b>	<input type="text"/>	
<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>	
<b>Zivilstand</b>	<input type="text"/>	
<b>PLZ/Wohnort</b>	<input type="text"/>	
<b>Strasse/Nr.</b>	<input type="text"/>	
<b>Telefonnummer</b>	<input type="text"/>	
<b>Heimatort</b>	<input type="text"/>	
<b>Konfession</b>	<input type="text"/>	
<b>AHV-Nummer</b>	<input type="text"/>	
<b>Krankenkasse</b>	<input type="text"/>	
<b>Versicherten-Nr.</b>	<input type="text"/>	
<b>Hausarzt</b> Name, Vorname, Adresse, Wohnort, Tel.Nr.	<input type="text"/>	
<b>Ehepartner</b> Name, Vorname, Geb-Datum, Heirats-Datum	<input type="text"/>	
<b>Vertrauensperson</b> Verwandte, gesetzliche Vertreter Name, Vorname, Adresse, Wohnort, Tel.Nr.	<input type="text"/>	
<b>Weitere Angehörige</b>	<input type="text"/>	
<b>Haben Sie eine Patientenverfügung ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie einen Vorsorgeauftrag ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anmeldung für:	vorsorglich	dringlich
- Alters- und Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wohngruppe für an Demenz erkrankte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alterswohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: .....

Unterschrift: .....