

AUFNAHMEANTRAG

Name Vorname
Strasse Geburtsdatum
Wohnort seit wann
Telefon Heimatort
Zivilstand Konfession
ehemaliger Beruf AHV-Nummer

Adresse von Angehörigen oder Bezugspersonen

Name Vorname
Strasse Beziehungsgrad zur eingetretenen Person
Wohnort Telefon Privat
Telefon Geschäft
Natel

Haben Sie jemanden beauftragt, der Ihre finanziellen Angelegenheiten regelt? Wenn ja wer?

Name Vorname
Strasse Wohnort

Liegt eine schriftliche Vollmacht vor?

Hausarzt

Name Vorname
Strasse Wohnort
Telefon Geschäft

Der/die Unterzeichnende Person bestätigt die Richtigkeit dieser Angaben und bevollmächtigt mit seiner /Ihrer Unterschrift die Senioren-Pension Fallern GmbH, bei Bedarf beim angegebenen Arzt und oder den Bezugspersonen weitere Informationen einzuholen.

Gewünschter Eintrittstermin:

Datum:

Ort:

Unterschrift: