Senioren-Pension Fallern GmbH
ALTERS- UND PFLEGEHEIM

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: