

Anmeldung

für den Eintritt ins Alterswohnheim Mütschi in Walchwil ZG

Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geb.Datum		Zivilstand	
Konfession		Beruf (ehemals)	
Heimatort		PLZ/Wohnort	
Strasse		Tel.-Nr.	
Krankenkasse		Police Nr.	

Kontaktpersonen

Name/Vorname		Tel.-Nr.	
Adresse		Bemerkung	
Name/Vorname		Tel.-Nr.	
Adresse		Bemerkung	
Name/Vorname		Tel.-Nr.	
Adresse		Bemerkung	
Name/Vorname		Tel.-Nr.	
Adresse		Bemerkung	

Angaben über den Gesundheitszustand

Bemerkungen

Brauchen Sie Hilfe bei der Körperpflege?	Ja ☐ Nein ☐	
Haben Sie eine Diät/Schonkost?	Ja ☐ Nein ☐	

Hausarzt		Tel.		Ort	
----------	--	------	--	-----	--

Gewünschter Eintrittstermin

Dringend / sofort
So bald als möglich
Später

☐
☐
☐

Wann:

Bemerkungen / Wünsche

Die Anmeldung ist unverbindlich. Bei vorhandener Eintrittsmöglichkeit werden Sie kontaktiert.

Ort, Datum		Unter- schrift	
------------	--	-------------------	--