

Alters- und Pflegeheim
7492 Alvaneu Dorf

Telefon 081 410 41 51
Internet www.en-via.ch
e-mail info@en-via.ch

Frau Herr

Name <small>bitte auch Ledigen- name angeben</small>		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Strasse		PLZ/Wohnort <small>(Schriften hinterlegt)</small>	
Heimatort		Heimatkanton	
Geburtsort		Telefon	
Name Ehemann/frau		AHV-Nummer Ehemann/frau	

Konfession reformiert
 katholisch
 konfessionslos
 andere
 seit _____

Zivilstand ledig
 verh. }
 gesch. } seit _____
 verwit. } (Tg/Mt/Jahr)

**Aufenthalts-
zweck** Daueraufenthalt
 Ferienaufenthalt
 Rehab. Aufenthalt

Aufenthaltort vor Eintritt
(am Tag vor Eintritt)

Privathaushalt
 anderes Heim
 Psychiatrische Klinik
 Rehab. Klinik
 Akutspital
 sonstige Einrichtungen

Sohn / Tochter des _____ der _____

Letzte Adresse bei			
Letzte Adresse			
Letzter Wohnort		Kanton	

ARZT	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon-Nummer	

KRANKENKASSE	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon-Nummer	
Versicherten-Nr.	

Erste Bezugsperson

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

Weitere Angehörige

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

ANGEHÖRIGE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter / -sohn <input type="checkbox"/> Enkel /-in <input type="checkbox"/> Bruder <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Cousin /-ine <input type="checkbox"/> andere _____
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefon-Nummer	Privat:	Geschäft:	
	Natel:		
	e-mail:		

RECHNUNGSADRESSE	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon-Nummer		

Gewünschter Eintritt	
-----------------------------	--

Bemerkungen, Wünsche	

Datum: _____

Unterschrift: _____