

Aufnahme Bewohner und Bewohnerinnen

Anmeldung					
<input type="checkbox"/> AHS	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> Liste A	<input type="checkbox"/> Liste B	Datum Anm.:	Datum Eintritt:
	<input type="checkbox"/> Dusche	<input type="checkbox"/> Balkon	<input type="checkbox"/> Kein Parterre	Station:	Zimmer:
<input type="checkbox"/> Definitiver Eintritt			Eintrittszeit:		
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt (bis 3 Wochen)			von:	bis:	
<input type="checkbox"/> Übergangspflege (bis 3 Monate)			von:	bis:	
Eintritt: Anzahl Personen Mittagessen (inkl. Bewohner): _____					
Personalien					
Name, Vorn:				Krankenkasse (Kopie KK Karte):	
Geb. Datum				Apotheke:	
Zivilstand:				Hausarzt:	
Adresse:					
PLZ, Ort:				EL:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Festnetz:					
Natel:					
Konfession:					
Heimatort:				Steuerrechtlicher Wohnsitz:	
Angehörige / Bezugspersonen					
Bezugsperson 1:			Bezugsperson 2:		
Beziehungsgrad:			Beziehungsgrad:		
Name, Vorname:			Name, Vorname:		
Adresse:			Adresse:		
PLZ, Ort:			PLZ, Ort:		
Festnetz:			Festnetz:		
Natel:			Natel:		
E-Mail:			E-Mail:		
Bezugsperson 3:			Bezugsperson 4:		
Beziehungsgrad:			Beziehungsgrad:		
Name, Vorname:			Name, Vorname:		
Adresse:			Adresse:		
PLZ, Ort:			PLZ, Ort:		
Festnetz:			Festnetz:		
Natel:			Natel:		
E-Mail:			E-Mail:		

Weitere Informationen		
Telefon ummelden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur Handy <input type="checkbox"/> Festnetz (Vertragskopie) <input type="checkbox"/> Anbieter: _____	Korrespondenz: <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> KP ____ <input type="checkbox"/> Drittperson	Rechnung: <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> KP ____ <input type="checkbox"/> Drittperson
Unterlagen schon abgegeben: auf Kautio n hingewiesen:	<input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Kautio n Fr. 5000.-	<input type="checkbox"/> Veranlagung Steuern
Drittperson: <input type="checkbox"/> Berufsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Pro Senectute <input type="checkbox"/> Privat	Firma: Vorname, Name: Adresse: PLZ, Ort:	_____ _____ _____