

## Wohnen mit Dienstleistungen

- 3,5-Zimmer       2,5-Zimmer       Studio

## Pflege und Betreuung

- vorsorglich       dringlich (aktuelles Arztzeugnis beilegen)

## Persönliches

Name

Vorname

Wohnadresse

PLZ, Wohnort

Telefon, Mobile

E-Mail

Geburtsdatum

Geburtsort

Zivilstand

Name Ehegatte

Konfession

Heimatort

Versicherten-Nr. AHV/IV      756.

## Medizinisches

Name, Adresse,  
Kontaktinformationen des  
Hausarztes

Name, Mitglied-Nr. der  
Krankenkasse (KVG)

## Angehörige

---

Verwandtschaftsgrad

---

Name, Vorname

---

Wohnadresse, PLZ, Wohnort

---

Telefon, Mobile

---

E-Mail

---

---

Verwandtschaftsgrad

---

Name, Vorname

---

Wohnadresse, PLZ, Wohnort

---

Telefon, Mobile

---

E-Mail

---

---

Verwandtschaftsgrad

---

Name, Vorname

---

Wohnadresse, PLZ, Wohnort

---

Telefon, Mobile

---

E-Mail

---

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....