



# Seniorenzentrum

« IM MORGEN »

Püntenstrasse 6 · 8104 Weiningen

Telefon 044 752 17 17 · Fax 044 752 17 18

e-mail: info@aphweiningen.ch

Verbandsgemeinden Ober- und Unterengstringen,

Weiningen, Geroldswil, Oetwil a.d.L.

## Aufnahmegesuch

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

dort wohnhaft seit: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sektion: \_\_\_\_\_ Mitglied Nr.: \_\_\_\_\_

AHV-Nr: \_\_\_\_\_ Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetag: vorsorglich  dringend

Gewünschte Abteilung: Altersheim  Pflegeheim  weiss noch nicht

## Adresse der nächsten Angehörigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat : \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Der / die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt den Heimarzt, beim Hausarzt allfällige medizinische Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_

NB: Bei Ehepaaren sind 2 Formulare auszufüllen