



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 Untereingstringen,
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: _____

Zahnarzt: _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin: vorsorglich dringend

Gewünschte Abteilung: Altersheim Pflegeheim

Adresse der nächsten Angehörigen

Name: _____ Vorname: _____ Beziehung: _____

PLZ, Wohnort: _____ Strasse: _____

Tel. Privat : _____ Geschäft: _____ Mailadresse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Beziehung: _____

PLZ, Wohnort: _____ Strasse: _____

Tel. Privat : _____ Geschäft: _____ Mailadresse: _____

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

Ort, Datum _____ UNTERSCHRIFT: _____