



# 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Bei Ehepaaren sind 2 Formulare auszufüllen