

Hochstrasse 37  
8044 Zürich

## Aufnahmeformular

### Interessent/in:

Name: ..... Lediger Name: .....

Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

dort wohnhaft seit: ..... Tel. Nr.: .....

Heimatort: ..... Geburtsdatum: .....

Konfession: ..... Zivilstand: .....

Ehem. Beruf: ..... AHV-Nr.: .....

---

### Bezugsperson:

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Tel. Nr.: ..... Art der Beziehung: .....

---

### Rechnungsadresse:

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Tel. Nr.: .....

---

### Krankenkasse:

Adresse: .....

Policennummer: .....

---

Hochstrasse 37  
8044 Zürich

### Hausarzt/ Hausärztin:

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Tel. Nr.: .....

---

### Mobilität:

Ich brauche:

keine Hilfe     Gehstock     Rollator     Rollstuhl

---

### Spezielles:

.....

---

Gewünschtes Datum für den Eintritt: .....

---

Ort, Datum: .....

Name: ..... Unterschrift: .....