

## ANMELDUNG / EINTRITTSFORMULAR

Name	Vorname
Strasse Nr.	PLZ Ort
Aufenthaltort <i>wenn dieser von der Wohnadresse abweicht</i>	
Telefon	Geburtsdatum
Heimatort	Geburtsort
Konfession	Beruf
Zivilstand	Anzahl Kinder
Ehepartner/in	Lebenspartner/in

## ANSPRECHPERSONEN *Kinder, Angehörige, Vertrauenspersonen*

<b>1</b>	Name	Vorname
	Strasse Nr.	PLZ Ort
	Telefon	E-Mail
	Beziehung <i>z.B. Sohn, Nachbarin</i>	
<b>2</b>	Name	Vorname
	Strasse Nr.	PLZ Ort
	Telefon	E-Mail
	Beziehung <i>z.B. Sohn, Nachbarin</i>	
<b>3</b>	Name	Vorname
	Strasse Nr.	PLZ Ort
	Telefon	E-Mail
	Beziehung <i>z.B. Sohn, Nachbarin</i>	

Gesetzliche Vertretung *wenn vorhanden*

---

---

Weiter auf der Rückseite →



## VERSICHERUNG, GESUNDHEIT

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. *siehe Police* \_\_\_\_\_

Zuständige Ausgleichskasse \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Zahlungsverbindung für Lastschriftverfahren (LSV) \_\_\_\_\_

Hausarzt / Hausärztin *Name und Adresse* \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen

→

Dringend

Nicht dringend

→

Definitiver Eintritt

Feriengast / Übergangspflege

→

Einzelzimmer

1,5-Zimmer-Wohnung

2,5-Zimmer-Wohnung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Sämtliche Angaben auf diesem Eintrittsformular sind zwingend auszufüllen.**

Die unterzeichnende Person bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben, ermächtigt die Geschäftsleitung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäftsleitung.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte dem Aufnahmegesuch beilegen**

- Kopie vom Familienbüchlein / Niederlassungsbewilligung
- Kopie der Krankenkassenpolice

**Senden Sie das ausgefüllte Formular an**

Schweizerhof Kandersteg  
Innere Dorfstrasse 10  
3718 Kandersteg

oder per E-Mail an [info@schweizerhof-ksteg.ch](mailto:info@schweizerhof-ksteg.ch)

