



# St. Mauritius

HAUS FÜR BETREUUNG UND PFLEGE

## Anmeldung für Heimaufnahme

Name und Vorname:		
Adresse:		Telefon:
Geburtsdatum:		
Zivilstand:		Konfession:
AHV-Nr.:		Bürgerort:
Angehörige: Adresse:	a)	
		Telefon:
	b)	
		Telefon:
	c)	
		Telefon:
		Telefon:
Rechnung an:		
Vormund Adresse:		
Hausarzt:		
Apotheke:		
Krankenkasse:		
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Eintrittsdatum:		
Bemerkungen:		
Hilflosenentschädigung: oder beantragt:	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Ergänzungsleistungen: oder beantragt:
	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Ort und Datum:	Unterschrift der antragstellenden Person (oder Vertretung):	

**Die Anmeldung ist erst mit der Bestätigung der Heimleitung gültig!**