

Kundenstammblatt / Anmeldeformular

Personalien:	Name und lediger Name		
	Vorname		
	Letzte Wohnadresse		
	Postleitzahl, Ort		
	Telefonnummer		
	Geburtsdatum		
	AHV-Nummer		
	AHV-Kasse		
	(bitte Kopie des Ausweises beilegen)		
	Zivilstand		
	Todesstag des Ehegatten (falls verwitwet)		
	Konfession		
	Heimatort, Kanton		
	Geburtsort		
	Familiennamen des Vaters		
	Vorname des Vaters		
Familiennamen der Mutter (ledig)			
Vorname der Mutter			
Kontaktperson:	Name		
	Vorname		
	Adresse		
	Postleitzahl, Ort		
	Telefonnummer, Festnetz und mobil		
Die Kontaktperson bearbeitet Rechnungen, Korrespondenz usw.			
Eintritt:	Gewünschtes Eintrittsdatum		
	Hausarzt (Name, Telefonnummer)		
Weitere Angaben:	Hilflosenentschädigung (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Krankenkasse:	Name der Krankenkasse		
	Adresse der Krankenkasse		
	Postleitzahl, Ort der Krankenkasse		
	Telefonnummer der Krankenkasse		
	Mitgliedernummer		