



Personalien Bewohner

| | | | |
|--|------------------|---------------|--------------|
| Name / Vorname | Geburtsdatum | Heimatort | Nationalität |
| Zivilstand | Konfession | AHV/IV-Nr. | |
| Steuerrechtlicher Wohnsitz (genaue Adresse, Ort) | | | Beruf |
| Name / Vorname Ehegatten / Eltern (nicht Zutreffendes streichen) | | Adresse / Ort | |
| Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail | |
| Kinder oder Geschwister (nicht Zutreffendes streichen) | | | Geburtsjahr |
| | | | |
| | | | |

Personalien des gesetzlichen Vertreters

| | | | |
|--|----------------|------------------|--------|
| Name / Vorname | Adresse / Ort | | |
| Verwandtschaftsgrad (Vater, Behörde, etc.) | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |

Verschiedenes

| | |
|---|-----------------------------------|
| Derzeitiger Aufenthaltsort | Voraussichtlicher Eintrittstermin |
| Rechnungsstellung (gemäss gültiger Taxordnung) an | |

Adressen

| | | | |
|--|----------------|------------------|--------|
| Nächste Verwandte Name / Vorname | Adresse / Ort | | |
| Verwandtschaftsgrad (Vater, Behörde, etc.) | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |
| Nächste Verwandte Name / Vorname | Adresse / Ort | | |
| Verwandtschaftsgrad | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |

| | | | |
|---|----------------|------------------|--------|
| Bes. Bezugspersonen Name / Vorname | Adresse / Ort | | |
| Verwandtschaftsgrad | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |

| | | | |
|--------------------------|---------------|--|--|
| Sozialdienst Name | Adresse / Ort | | |
| Telefon Geschäft | E-Mail | | |

| | | | |
|--------------------------|--------|--|--|
| Krankenkasse Name | Ort | Versicherungskarten Nr.: (Kopie Vers. Karte) | |
| Telefon Geschäft | E-Mail | | |

