

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ Heimatort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Konfession: _____ Zivilstand: _____

Krankenkasse: Allgemein Halbprivat Privat

Mitglieder-Nr. der KK: _____ AHV-Nr.: _____

Auszahlende AHV-Kasse: _____

Gesundheitszustand: _____

Hausarzt: _____

Kontaktpersonen: _____

Ich möchte eine: 1-1½ Zi.Wohnung 2-2½ Zi.Wohnung 3-3½ Zi.Wohnung

allein mit: _____

Pflegeabhängigkeit ja teilweise nein

Bringen Sie eigene Möbel mit? ja teilweise nein

Gewünschter Einzugstermin: dieses Jahr nächstes Jahr _____ (Jahr)

Könnten Sie kurzfristig bei uns einziehen? ja _____ nein

Benötigen Sie einen Einstellhallenplatz? ja _____ nein

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, was für welche? _____

Ich kenne den ElfenauPark durch: _____

Bewohnerbesuche Arzt-, Physio-, Podologiepraxis Konzertbesuche

Restaurantbesuche Anderes: _____

Bemerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____