



**Konfession:**.....

**Hausarzt:**.....

**Krankenkasse:**.....

**Hilflosenentschädigung:**.....

**Rechnungsadresse:**.....

**Gewünschter Eintrittstermin:**.....

Einzelzimmer                       Zweierzimmer

**Sind Sie in ärztlicher Behandlung**                       Ja     Nein

**wenn ja, weshalb:**.....

**Sind Sie pflegebedürftig**                       Ja     Nein

**wenn ja, wie:**.....

**Benötigen Sie eine Diät auf ärztliche Verordnung**                       Ja     Nein

**Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer**                       Ja     Nein

**Bringen Sie eigene Möbel mit**                       Ja     Nein

**Bringen Sie einen Fernseher mit**                       Ja     Nein

**Persönliche Wünsche:**.....

.....

.....

**Bemerkungen:**.....

.....

.....

**Datum:**.....                      **Unterschrift:**.....