**Aufnahmegesuch**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geschützter Wohnbereich Kurzzeitpflege**  **Wohnbereich**  **logisplus Stapfen**  Stapfenstrasse 15, 3098 Köniz  Tel. 031 970 11 11 Fax 031 970 11 **12**  **logisplus Chly-Wabere**  Nesslerenweg 30, 3084 Wabern  Tel. 031 978 60 60 Fax 031 978 60 99 | |
| **Name** | **Vorname** |
| **Strasse/Nr.** | **Tel.** |
| **PLZ/Wohnort** | **Geburtsdatum** |
| **Zivilstand**  ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt geschieden | **Konfession**  prot. Kath.  röm. Kath andere:………………………. |
| **Ergänzungsleistung**  ja  nein | **Hilflosenentschädigung**  keine leicht mittel  schwer |
| **Angehörige**  **Name/Vorname/Verwandtschaftsgrad Adresse Tel.**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………**.…**……………………………………………………………………………………………………………………………….……..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| **Gesetzlicher Vertreter**  **Name/Vorname Adresse Tel.**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Hausarzt**  **Name/Vorname Adresse Tel.**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Gesuchsteller**  **Datum**  **Unterschrift** | **Gesetzlicher Vertreter**  **Datum**  **Unterschrift** |