



Anmeldung

Name _____ Vorname _____

aktuelle Adresse

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Natel _____

Mail _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Geburtsdatum _____ Heimatort _____

AHV/Sozialversicherungsnummer _____ 756 _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Natel _____

Mail _____ anderes _____

Krankenkasse

Name _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Mitgliednummer _____ Telefon _____

Bemerkung



Nächste Angehörige

Name _____

Vorname _____

Bezug zur angemeldeten Person _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Natel _____

Mail _____

anderes _____

Name _____

Vorname _____

Bezug zur angemeldeten Person _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Natel _____

Mail _____

anderes _____

gewünschter Eintrittstermin Alterszentrum

bitte ankreuzen

bitte ankreuzen

- Anmelde-Liste
- Dringlichkeitsliste
- Palliative Care
- Eintritt per _____

- Zimmer mit Lavabo
- Zimmer mit WC
- Zimmer mit Dusche_WC
- Zimmer geschützte Gruppe

Bemerkung

Ort, Datum _____

Unterschrift _____