



Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Anmeldung für das Pflegezentrum

Personalien BewohnerIn

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Zivilstand	
Heimatort		Konfession	
Steuerdomizil		Telefonnummer	
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
AHV-Nummer			
Adresse			

Gewünschtes Zimmer 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Ferienbett

von		bis	
-----	--	-----	--

Kontaktperson

Name / Vorname / Verwandtschaftsgrad / Adresse / Telefon-Nr. privat / Natel / E-Mail

.....
.....

Eintritt dringend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, werden wir uns innert drei Werktagen nach Erhalt der Anmeldung bei Ihnen melden. Wenn nein, gilt dies als vorsorgliche Anmeldung. In diesem Fall werden Sie aktiv wenn eine Aufnahme für Sie dringend wird.		

Datum:

Unterschrift:

Anmeldung bitte senden an:

Pflegezentrum Baar
Bewohneraufnahme und Bettendisposition
Landhausstrasse 17
6340 Baar

Wird durch das Pflegezentrum Baar ausgefüllt

Bestätigt		Visum	
-----------	--	-------	--