



Anmeldeformular Kurzzeit- / Ferienaufenthalt

Personalien Bewohnerin/Bewohner

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Zivilstand	
Heimatort		Konfession	
Steuerdomizil		Telefonnummer	
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Krankenkassenkartenummer		Ablaufdatum Krankenkassenkarte	
AHV-Nummer		Hausarzt	
Adresse			

Kontaktperson

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

.....

.....

Gewünschter Aufenthalt vonbis

Datum:

Unterschrift:

Die Anmeldung sowie ein aktuelles Arztzeugnis mit Medikamentenliste senden Sie bitte an:

Pflegezentrum Baar, Bewohneradministration, Landhausstrasse 17, 6340 Baar

Fax: 041 767 57 57 oder E-Mail: administration@pflegezentrum-baar.ch (HIN-geschützt)