



## Anmeldeformular Langzeitaufenthalt

### 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

.....

.....

Gewünschtes Eintrittsdatum .....

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)