



Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Anmeldeformular für das Tagesheim

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | Wohnort: |
| Telefon: | Geb. Datum: |
| Zivilstand: | Heimatort: |
| Konfession: | AHV-Nr.: |
| Krankenkasse: | Versicherungs-Nr.: |
| Krankenkassen Kartenummer: | Ablaufdatum Krankenkassen-Karte: |

| | |
|------------------------|----------|
| 1. Bezugsperson | |
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | Wohnort: |
| Telefon: Natel: | E-Mail: |
| Beziehungsgrad: | |

| | |
|-------------------------------|----------|
| Weitere Bezugspersonen | |
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | Wohnort: |
| Telefon: Natel: | E-Mail: |
| Beziehungsgrad: | |

| | |
|--------------------------|---------------|
| Behandelnder Arzt | |
| Name: | Vorname: |
| Adresse: | Wohnort: |
| Telefon: | Fax / E-Mail: |



Anmeldeformular für das Tagesheim

| |
|--|
| Besuch im Tagesheim (gewünschte Tage bitte ankreuzen) |
| <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag |
| Grund für den Tagesheim-Aufenthalt: |
| <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Invalidität |

| |
|--------------------------|
| Rechnung geht an: |
| |

| |
|--|
| Eintritt von: |
| <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Sozialmedizinische Institution <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Andere |

| Ort und Datum | Unterschrift |
|----------------------|---------------------|
| | |

Bitte zurücksenden an:
Pflegezentrum Baar, Leitung Tagesheim, Landhausstrasse 17, 6340 Baar
info@pflegezentrum-baar.ch