



Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Anmeldeformular Kurzzeitaufenthalt

Personalien Bewohner*in	
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Geburtsdatum
Zivilstand	Heimatort
Steuerdomizil	Hausarzt
Konfession	AHV-Nr. 756.
Krankenkasse	Krankenkasse Versicherungsnummer
Krankenkasse Kartennummer	Krankenkasse Karte Ablaufdatum

Kontaktperson	
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	Beziehungsgrad

Gewünschter Aufenthalt	
von	bis

Ort / Datum

Unterschrift

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

Pflegezentrum Baar, Bewohneradministration, Landhausstrasse 17, 6340 Baar
administration@pflegezentrum-baar.ch