

Anmeldeformular

Für Ihr Interesse an unserem Pflegezentrum und das Vertrauen danken wir Ihnen herzlich. Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen und an uns zu retournieren.

(bitte ankreuzen)

- Vorsorgliche Anmeldung** Ein Eintritt ist zurzeit nicht vorgesehen
 Dringliche Anmeldung Ein rascher Eintritt ist erwünscht
 Ferienbett Der Aufenthalt ist zeitlich beschränkt (ca. 3 bis 6 Wochen)

Ihre Personalien

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Geb. datum	Telefon
Heimatort	Natel
AHV-Nummer	E-Mail
Konfession	Zivilstand

Ihr Hausarzt

Name

PLZ / Ort

Ihre Krankenkasse

Krankenkasse

Mitglied-Nr

Veka-Nr

1. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel Privat	Natel
E-Mail	Angehörigenstatus.....

2. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel Privat	Natel
E-Mail	Angehörigenstatus.....

3. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel Privat	Natel
E-Mail	Angehörigenstatus.....

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Zentrumsleitung bzw. Pflegedienstleitung, bei Bedarf weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Bitte das ausgefüllte Formular zurückschicken oder im Sekretariat abgeben:

THARAD
Hauptstrasse 50
4552 Derendingen

032 681 61 81
Info-pflegezentrum@tharad.ch
www.tharad.ch