magda Alterswohn- und Pflegeheim 3652 Hilterfingen
Staatsstrasse 7 3652 Hilterfingen
Tel.: 033 243 16 72

Aufnahmegesuch:

Name und Vorname: _____ Mädchenname: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Adresse: _____

_____

_____

Telefon: _____ zu erreichen von-bis: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Ehem. Beruf **nicht Rentner:** _____

Sozialversicherungs- Nummer.: _____

Allfälliger gesetzlicher Vertreter / Rechnungsempfänger: **Diese Angabe ist zwingend!**

Name, Vorname _____

Adresse: _____

Telefon: _____ zu erreichen von-bis: _____

Hausarzt: _____

Namen, Adressen und Telefon-Nr. von Angehörigen: _____

_____

_____

_____

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____

Adresse: _____

Anmeldung: Dringend: ☐ Vorsorglich: ☐

Bemerkungen: _____

_____

_____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Durch den Betrieb auszufüllen:

Anmeldung bestätigt Datum/Visum: _____