Pflegezentrum Baar

kompetent. menschlich. nah.

Anmeldeformular TagesTreff

Personalien TagesTreff-Gast	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**
Telefon	**Geburtsdatum**
Zivilstand	**Heimatort**
Konfession	**AHV-Nr.** 756.
Krankenkasse	
Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte und der ID oder Pass mitschicken. Besten Dank.	

Erste Bezugsperson	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**
Telefon	**Mobile**
E-Mail	**Beziehungsgrad**

Zweite Bezugsperson	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**
Telefon	**Mobile**
E-Mail	**Beziehungsgrad**

Weitere Bezugsperson	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**
Telefon	**Mobile**
E-Mail	**Beziehungsgrad**

Behandelnder Arzt	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**
Telefon	**E-Mail**

Besuch im TagesTreff (gewünschte Tage bitte ankreuzen)

☐ **Montag** ☐ **Dienstag** ☐ **Mittwoch** ☐ **Donnerstag** ☐ **Freitag**

Grund für den TagesTreff-Aufenthalt

☐ **Krankheit** ☐ **Unfall** ☐ **Invalidität** ☐ _____

Eintritt von

☐ **Zu Hause** ☐ **Sozialmedizinische Institution** ☐ **Krankenhaus** ☐ _____

Rechnungsadresse	
Name	**Vorname**
Strasse, Nr.	**PLZ, Ort**

Ort / Datum _____ **Unterschrift** _____

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