Atrium Baar

gemeinsam. mittendrin. vielfältig.

# Anmeldeformular Atrium

| **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** | |
| **IV** | ☐ ja<br>☐ nein<br>☐ angemeldet | **Hilo** | ☐ leicht<br>☐ mittel<br>☐ schwer |

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

| **Gewünschtes Eintrittsdatum** |
|---|
| |

**Ort / Datum** _____ **Unterschrift** _____

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

Pflegezentrum Baar, Bewohner*innen Administration, Landhausstrasse 17, 6340 Baar
administration@pflegezentrum-baar.ch