

Anmeldeformular

Für Ihr Interesse an unserem Zentrum 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 zur Zeit 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-Nr	E-Mail
Konfession	Zivilstand

Ihr Hausarzt

Name

PLZ / Ort

Ihre Krankenkasse

Krankenkasse

Mitglied-Nr

1. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel P/G	Natel
E-Mail	Angehörigenstatus

2. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel P/G	Natel
E-Mail	Angehörigenstatus

3. Angehörige oder Vertrauensperson

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Tel P/G	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
Zentrum für Pflege und Betreuung
Hauptstrasse 50
4552 Derendingen

032 681 61 81
info@tharad.ch
www.tharad.ch