alterszentrum oberemühle

Anmeldung für Pflegezentrum

☐ Vorsorglich (Eintritt offen) ☐ Dringlich

☐ **Pflegezentrum** (Einzelzimmer) Mühleweg 10 mit Pflegeangebot

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ AHV-Nummer _____

Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Bürgerort _____

Krankenkasse: _____ Agentur: _____

Personalien der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ AHV-Nummer _____

Kontaktperson(en)

Name/Vorname Strasse/PLZ/Ort Telefon

_____

_____

_____

Korrespondenzadresse: _____

Bemerkungen _____

_____

Datum _____ Unterschrift _____