



Seraphin

Tageszentrum für Menschen mit Demenz

Anmeldung

Für Wochentag/ -tage

- Mittwoch
 Donnerstag

Name
(bitte auch ledigen Namen angeben)

Vorname
(Rufname unterstreichen)

Adresse

PLZ/Ort

Telefon-Nr.

Schriften deponiert in

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Zivilstand

Konfession

Heimatort

ehem. Beruf

Adresse von Angehörigen, Kontaktpersonen usw.

(Bitte geben Sie nachfolgend den Verwandtschaftsgrad (VG), sowie Telefonnummern Ihnen nahestehender Personen lückenlos, d.h. Privat, Geschäft, Natel, usw. an)

Name, Vorname	Adresse	PL//Ort	Telefon	VG

Hausarzt

Name, Vorname	Adresse	PLZ/Ort	Telefon

Rechnungsadresse

Die Monatsrechnungen werden durch das Lastschriftenverfahren (LSV) mit Widerspruchsmöglichkeit innerhalb 30 Tagen ausgeglichen.

Name, Vorname	Adresse	PLZ/Ort	Telefon

Versicherungen

Krankenkasse	Adresse	PLZ / Ort	Telefon
<i>Kopie der gültigen Krankenkassenkarte beilegen</i>			
Mitgliedernummer:			
Haftpflicht <i>(wir empfehlen eine)</i>	Adresse	PLZ / Ort	Telefon
Policennummer:			

Benötigen Sie Hilfsmittel für Ihre Fortbewegung?

- Rollstuhl
- Rollator
- Gehstock

Haben Sie spezielle Wünsche?

.....

.....

.....

.....

Ort / Datum:

Unterschrift:

.....

.....