



## Seraphin

## Tageszentrum für Menschen mit Demenz

# Anmeldung

Für Wochentag/ -tage

- Montag  
 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	PLZ/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>			
<b>Mitgliedernummer:</b>			
<b>Haftpflicht</b> <i>(wir empfehlen eine)</i>	Adresse	PLZ / Ort	Telefon
<b>Policennummer:</b>			

## Benötigen Sie Hilfsmittel für Ihre Fortbewegung?

- Rollstuhl
- Rollator
- Gehstock

## Haben Sie spezielle Wünsche?

.....

.....

.....

.....

Ort / Datum:

Unterschrift:

.....

.....