



Seraphin

Tageszentrum für Menschen mit Demenz

Anmeldung

Für Wochentag/ -tage

Montag

Mittwoch

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:

.....

.....