

Anmeldung Entlastungs- und Notfallbett

DREILINDEN leben und wohnen im Alter, Langegasse 61, 4104 Oberwil

Name / Vorname: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Telefon (Tag): _____

Aufenthaltsort: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

AHV – Nr.: _____ Konfession: _____

Heimatort: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Nummer: _____

Aufenthalt vom: _____ bis _____

Korrespondenz / Rechnung ist zu richten an:

- mich
 an die Adresse meiner Angehörigen (Name/Vorname/Adresse/Telefonnummer):

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Dokumente bei:

- Kopie der aktuellen Krankenkassen-Police und der Krankenkassenkarte
- Aktuelles ärztliches Zeugnis