

ANMELDEFORMULAR WARTELISTE SENIORENZENTRUM OBERBURG

PERSONALIEN

Name-Zweitname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____

Heimatort _____ Zivilstand _____

Krankenkasse _____ KK-Nummer _____

WOHNADRESSE

Strasse, Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

BEZUGSPERSONEN

1. Kontaktperson _____ Telefon _____

2. Kontaktperson _____ Telefon _____

Hausarzt _____ Telefon _____

WÜNSCHE BEZÜGLICH EINTRITT

Dringend

Mittelfristig

Vorsorglich

Zutreffendes ankreuzen

Bemerkungen und Ergänzungen _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____