

Anmeldevertrag

zur Aufnahme in den Treffpunkt Weingarten

Anmeldung für Frau / Herr	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Strasse	Wohnort
Zivilstand	Telefonnummer
Heimatort	Konfession

Hausarzt	
Adresse	Telefonnummer

Krankenkasse	Mitgliednummer:
Aktuelle Diagnosen	

Bezugs-/ Kontaktperson für Notfälle	
Name	Vorname
Adresse	Telefon/Natel

Rechnungsadresse, wenn nicht identisch mit Anmeldeadresse	
Name / Vorname	
Adresse	

Folgendes Angebot nehme ich in Anspruch:

Ich melde mich für die Tagesbetreuung an folgenden Wochentagen an: **Maximal 3 Tage**

Mo Di Mi Do Fr

Ich melde mich für die Abend- und Nachtbetreuung an: **Maximal 3 Tage**

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Ich benötige Medikamente: Nein / Ja

Wenn Ja, bitte Medikamente und Medikamentenblatt mitbringen

Ich benötige folgende Gehmittel: Rollator Rollstuhl
Wird mitgebracht ja nein

Ich werde gebracht von:	Ich werde abgeholt von:
Um welche Zeit:	Um welche Zeit:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Bezugsperson: