

Anmeldung Magnolia Burgdorf GmbH

*Eine Hausbesichtigung vor Einreichung der Anmeldung ist erwünscht
Das Magnolia kann zur Einschätzung des Pflegebedarfs ein Arzteugnis verlangen (sep. Formular)*

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Heimatort: _____ Konfession: _____

Wohnsitzgemeinde: _____

AHV Nr.: _____

Adresse, PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____

Krankenversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Wünsche Hausarztbeziehung fortzusetzen: (Ja/Nein) _____

Wünsche anlässlich des Eintritts Wechsel zum Heimarzt des Magnolia: (Ja/Nein) _____

Rechnungsadresse: _____

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Angehörige, Bezugspersonen (Name, Vorname, Adresse, Tel. Nr., ev. Verwandtschaftsgrad)

1. _____

2. _____

3. _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____