

Verordnung senden an: Alterszentrum im Geeren
Tagesheim
Kirchhügelstrasse 5
8472 Seuzach
oder per Mail an > tagesheim.azig@hin.ch

Ärztliche Verordnung zur Aufnahme ins Tagesheim im Alterszentrum im Geeren

Personalien

Name und Vorname der(-s) Patientin(-en): _____

Geboren am: _____ Zivilstand: _____

Wohnort: _____ Konfession: _____

früherer Beruf: _____

Letzte Wohnadresse: _____

Patient(-in) wohnte allein mit Ehepartner(-in) bei Angehörigen

Zum Eintritt ist zusätzlich ein aktuelles Arztzeugnis erforderlich

Ort und Datum: _____

Der behandelnde Arzt:
(Stempel und Unterschrift)