



## Anmeldeformular

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession:.....

### Kostenträger / Soziale Situation

Beistand       IV/AHV       Sozialamt       Selbstzahler

Amt: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Versicherungen

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

Adresse Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

Adresse Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Arzt / Klinik

Praxis- / Klinik-Name: \_\_\_\_\_

Kontaktperson Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung senden an:

**Post:** Hertihus, Bahnhofstrasse 31, 8180 Bülach; **Fax:** 044 860 81 74; **E-Mail:** hertihus@heilsarmee.ch

(Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch über 044 860 38 48 oder via E-Mail)