



**Haus
Weltfrieden**
Senioren- und Seniorenpflegeheim

Lohberg
Apotheke

Anmeldung

Bewohner

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse-Nr. + Name _____

Versicherungsnummer: _____

Zuzahlungsbefreit: ☐ Nein ☐ Ja, Befreiungskopie anbei

Wohnbereich ☐ Zimmer Nr.: ☐

Vorname, Name:

Straße / Nr.:

PLZ. Ort :

Tel.: / Mobil Nr.:

E-Mail :

Praxis:	
Arzt - Vorname, Name:	
Straße / Nr.:	
PLZ. Ort :	
Tel.: / Mobil Nr.:	
Fax:	
E-Mail :	