

**Verordnung senden an:** Alterszentrum im Geeren  
Tagesheim  
Kirchhügelstrasse 5  
8472 Seuzach  
Tel.: 052 320 11 08  
Fax: 052 320 11 48

**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)