

Name, Vorname _____
Name ledig _____
AHV-Nummer _____
Geburtsdatum _____
Heimatort _____
Zivilstand _____
Konfession _____
Adresse, PLZ, Ort _____
Telefon, Mobile _____
E-Mail _____
Krankenkasse _____
Kartenummer 80756... gültig bis: _____ Mitgliedernr. _____
bisheriger Hausarzt _____

Bezugsperson 1 Rechnungsempfänger Beistand
Name, Vorname _____
Adresse, PLZ, Ort _____
Telefon / Natel / Mail _____
Verwandschaftsgrad _____

Bezugsperson 2 Rechnungsempfänger Beistand
Name, Vorname _____
Adresse, PLZ, Ort _____
Telefon / Natel / Mail _____
Verwandschaftsgrad _____

Bezugsperson 3 Rechnungsempfänger Beistand
Name, Vorname _____
Adresse, PLZ, Ort _____
Telefon / Natel / Mail _____
Verwandschaftsgrad _____

Anmeldung Kurzaufenthalt für 6 Wochen. Der Aufenthalt kann ggfs. verlängert werden
 Vorsorglich. Der Eintritt erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt
 Dringlich. Der Eintritt wird per sofort gewünscht
Für einen Wechsel von der vorsorglichen zur dringlichen Warteliste, bitten wir Sie um Meldung an uns. Die Eintritte erfolgen nach Meldedatum auf der Dringlichkeitsliste.

Bringen Sie ein Fernsehgerät mit? Ja Nein bei Ferienaufhalten inbegriffen

Bringen Sie ein Telefon mit? Ja Nein 032 654 84 __

Bemerkungen

Ort, Datum Unterschrift _____