

Anmeldeformular Gästezimmer

Angaben zur Person (bitte Kopie der Identitätskarte oder Pass beilegen)

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon		Geburtsdatum	
Heimatort		AHV-Nr.	
Zivilstand		Konfession	

Krankenkasse (bitte Kopie der Krankenversicherungskarte beilegen)

Gesellschaft/Sektion	Police Nr.
----------------------	------------

Hausarzt

Name/Vorname	Adresse
Telefon	

Angehörige 1 (Bezugsperson für Pflege)

Name/Vorname	Adresse
Telefon	Mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Angehörige 2

Name/Vorname	Adresse
Telefon	Mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Angehörige 3

Name/Vorname	Adresse
Telefon	Mobile
E-Mail	Verwandtschaftsgrad

Wer besorgt die Finanzverwaltung (Rechnungsempfänger)?

- | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewohner selbst | <input type="checkbox"/> Angehörige 1 |
| <input type="checkbox"/> Angehörige 2 | <input type="checkbox"/> Angehörige 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (wird privat organisiert) |

Wäsche flicken

Eintrittsdatum

Austrittsdatum

.....
.....

Bemerkungen	
-------------	--

Die Anmeldung ist unverbindlich. Bei vorhandener Eintrittsmöglichkeit werden Sie kontaktiert.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------