

Anmeldeformular



Durch die Verantwortliche Zimmerbelegung auszufüllen: zugeteilte Zimmer Nr. / WB: _____
Eintritt um _____ Uhr Mittagessen gewünscht ⇨ Anzahl Personen: _____

- Daueraufenthalt** Eintritt am: _____
 Temporäraufenthalt (Ferienbett) ⇨ von: _____ bis: _____
 Ambulanter Aufenthalt (Tageszentrum)

Name:		Vorname:	
Strasse:		Telefon:	
Wohnort:		⇨ seit:	

Ehemaliger Wohnsitz im Kanton Baselland:

In (Ort):		Von:		Bis:	
Geburtsdatum:		AHV-Nr:			

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Konfession: _____ Bürgerort: _____

- Chemische Reinigung der Wäsche erwünscht? Ja Nein
Wäscheservice für Feriengäste (in Tagestaxe enthalten) Ja Nein
Ist die Übernahme der eigenen Telefon-Nr. erwünscht? Ja Nein
Besteht bereits ein Telefonanschluss beim Anbieter Swisscom? Ja Nein
Ist ein Wechsel zu Swisscom erwünscht? Ja Nein

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____

Bitte Kopien der Policen von Krankenkasse- und Privathaftpflichtversicherung beilegen.

Hausarzt: _____

Weitere Fachärzte: _____

Angehörige [Name, Adresse, Telefon (Privat/Geschäft/Natel), E-Mail, Verwandtschaftsgrad]:

1. _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anmeldeformular



2. _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

3. _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

4. _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

Korrespondenz- und Rechnungsadresse:

_____ Telefon: _____

→ **nur auszufüllen von Gästen in unserem Tageszentrum**

Vorgesehenes Eintrittsdatum: _____

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ganzer Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halber Tag mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halber Tag ohne Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transportmittel gewünscht: _____

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____