

Anmeldeformular



Durch die Verantwortliche Zimmerbelegung auszufüllen: zugewiesene 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:	

Gilt nur **für Ausserkantonale** ⇨ Hatten Sie je Wohnsitz im Kanton Baselland? Wenn ja:

In (Ort):		von:		bis:	
-----------	--	------	--	------	--

Geburtsdatum:		AHV-Nr:		
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Konfession:		Bürgerort:		

Krankenkasse:		Mitglied-Nr.:	
---------------	--	---------------	--

Bitte Kopien der Policen von Krankenkasse- und Privathaftpflichtversicherung beilegen!

- Chemische Reinigung der Wäsche erwünscht (kostenpflichtig)? 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

*** / ** Wenn ja, bitte entsprechende Formulare ausfüllen und bei uns einreichen!**

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: _____