

# Anmeldeformular



Durch die Verantwortliche Zimmerbelegung auszufüllen		Zugeteilte Zi-Nr. / WB:	
Eintritt um:	Uhr	<input type="checkbox"/> Mittagessen gewünscht	Anzahl Essen:

<input type="checkbox"/> <b>Daueraufenthalt</b>	Eintritt am:	
<input type="checkbox"/> <b>Temporäraufenthalt</b>	Von:	Bis:
<input type="checkbox"/> <b>Ambulanter Aufenthalt (Tageszentrum)</b>		

Name:		Vorname:	
Strasse:		Telefon:	
Wohnort:		→ Seit:	

Gilt **nur für Ausserkantonale** → Hatten Sie je Ihren 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"/> geschieden
Konfession:		Bürgerort:	

Krankenkasse:		Mitglied-Nr.:	
LSV / DD-Einzugsermächtigung:		<input type="checkbox"/> Bank	<input type="checkbox"/> Postfinance

**Bitte Kopien der Policen von Krankenkassen- und Privathaftpflichtversicherung beilegen!**

Ist die Übernahme der eigenen Telefon-Nr. erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht bereits ein Telefonanschluss beim Anbieter Swisscom?	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Wechsel zur Swisscom erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja **	<input type="checkbox"/> Nein
Chemische Reinigung erwünscht? (kostenpflichtig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wäscheservice für Temporäraufenthalt erwünscht? (in Taxe enthalten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**\*/ \*\* Wenn ja, bitte zusätzliche Formulare ausfüllen und bei uns einreichen**

Name Hausarzt:	
Anschrift:	
Telefon:	

Weitere Fachärzte:	

Name Hauptansprechpartner:	
Verwandtschaftsgrad:	
Adresse:	
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):	E-Mail:

# Anmeldeformular

Name weiterer Ansprechpartner:			
Verwandtschaftsgrad:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):		E-Mail:	

Name weiterer Ansprechpartner:			
Verwandtschaftsgrad:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):		E-Mail:	

Name weiterer Ansprechpartner:			
Verwandtschaftsgrad:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):		E-Mail:	

Korrespondenz- und Rechnungsadresse (wenn abweichend zu Hauptansprechpartner)

Name:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):			

→ Nur auszufüllen von Gästen des **Tageszentrums (TAZ)**

Vorgesehenes Eintrittsdatum:	
------------------------------	--

<b>Wochentag</b>	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:	