

# Anmeldeformular



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

<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:	
Früherer Beruf:			
Besteht eine Beistandschaft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist beantragt

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

Bitte Kopien der Policen von Krankenkassen- und Privathaftpflichtversicherung beilegen

Bitte Kopie von Krankenkasse-Karte beilegen

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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
Ist 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:	
Adresse:	
Telefon:	

Weitere Fachärzte:	

# Anmeldeformular

<b>Name Haupt-Ansprechpartner:</b>			
Verwandtschaftsgrad:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):	P:		G:
E-Mail:			
<input type="checkbox"/> Bitte Rechnungen und Briefe per E-Mail an:			

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

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

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

**Korrespondenz- und Rechnungsadresse** (wenn abweichend zu Hauptansprechpartner):

Name:			
Adresse:			
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):	P:		G:
E-Mail:			
<input type="checkbox"/> Bitte Rechnungen und Briefe per E-Mail an:			

→ 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