

Anmeldeformular



Wird intern vom AZ «Im Brüel» ausgefüllt:			Zugeteilter WB:		
			Zugeteilte Zi-Nr.:		
<input type="checkbox"/> Eintritt von Zuhause <input type="checkbox"/> Eintritt von Spital			<input type="checkbox"/> Eintritt in EZ <input type="checkbox"/> Eintritt in DZ (zur Alleinnutzung)		<input type="checkbox"/> Eintritt in DZ: <input type="checkbox"/> x.1 (linke Seite) <input type="checkbox"/> x.2 (rechte Seite)
Eintritt um:		Uhr	<input type="checkbox"/> Mittagessen gewünscht <input type="checkbox"/> Harfe <input type="checkbox"/> Villa	Anzahl Essen:	

<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt	Eintritt am:	
<input type="checkbox"/> Temporäraufenthalt	Von:	Bis:

Name:		Vorname:	
Strasse:			
Wohnort:		→ Seit:	
Telefon	Festnetz:		Natel-Nr.:

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

In (Ort):		Von:		Bis:	
-----------	--	------	--	------	--

Bitte Kopie von Heimatausweis beilegen (gilt nur für Nicht-Aescher)

AHV-Nr.:		Geburtsdatum:	
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <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:		Versicherten-Nr.	
Ort:			
LSV / DD-Einzugsermächtigung:	<input type="checkbox"/> Bank	<input type="checkbox"/> Postfinance	

Bitte Kopien der Policen von Krankenkassen- und Privathaftpflichtversicherung beilegen

Bitte Kopie von Krankenkassen-Karte beilegen

Ist eine Patientenverfügung / ist eine Vorsorge-Vollmacht vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Biographie (siehe Formular) ausgefüllt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ist ein Wäscheservice erwünscht? (ist in Pensionstaxe enthalten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Chemische Reinigung erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ist eine Nachsendung der Post erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ist ein interner Telefonanschluss erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Übernahme der eigenen Telefonnummer erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht bereits ein Telefonvertrag beim Anbieter Swisscom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ein TV-Anschluss erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Pay-TV-Vertrag (Internet, TV, Telefon)? → bitte eigenständig Adressänderung beim Anbieter melden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anmeldeformular

Name Hausarzt:	
Adresse:	
Telefon:	

Weitere Fachärzte:	

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

Name Hauptansprechpartner:		
<input type="checkbox"/> siehe Rechnungsempfänger		
Verwandtschaftsgrad:		
Adresse:		
Telefon (Privat/ Geschäft/ Natel):	P: <input type="text"/>	G: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bitte Briefe per E-Mail an:		

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

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

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

Die «Konditionen AZ Im Brüel» und das «Bewohnerreglement» habe ich erhalten.

Ort, Datum Unterschrift