

# Anmeldeformular



<b>Wird intern vom AZ «Im Brüel» ausgefüllt:</b>			Zugeteilter WB:	
			Zugeteilte Zi-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Eintritt von Zuhause	<input type="checkbox"/> Eintritt von Spital (Name): _____		<input type="checkbox"/> Eintritt in EZ	<input type="checkbox"/> Eintritt in DZ:
			<input type="checkbox"/> Eintritt in DZ (zur Alleinnutzung)	<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"/> <b>Daueraufenthalt</b>	Eintritt am:	
<input type="checkbox"/> <b>Temporäraufenthalt</b>	Von:	Bis:

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
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

Bitte Kopie von ID oder Pass beilegen

Bitte Kopie von COVID-Zertifikat beilegen (falls Impfung oder Genesung besteht)

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
Impf-Status COVID-19:	<input type="checkbox"/> geimpft, Datum (1./2. Impfung): _____/_____/_____	

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

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

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

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

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

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

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

---

Ort, Datum Unterschrift