

## Anmeldeformular Kurzaufenthalt Betagtenheim Halden

|                         |  |                   |       |
|-------------------------|--|-------------------|-------|
| <b>Name</b>             | _____  | <b>Vorname</b>    | _____ |
| <b>Strasse</b>          | _____  | <b>PLZ/Ort</b>    | _____ |
| <b>Zivilstand</b>       | _____  | <b>Bürgerort</b>  | _____ |
| <b>Geburtsdatum</b>     | _____  | <b>Konfession</b> | _____ |
| <b>Tel-Nummer</b>       | _____  | <b>AHV-Nr.</b>    | _____ |
| <b>Natel-Nummer</b>     | _____  | <b>E-Mail</b>     | _____ |
| <b>Ehem. Beruf</b>      | _____  |                   |       |
| <b>Krankenkasse/</b>    | <b>Versich. Nr.</b>  | _____             |       |
| <b>Hausarzt/Adresse</b> | _____  |                   |       |
| <b>Versichert</b>       | <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat |                   |       |

1. Angehörige/Bezugsperson: Name, Adresse, Telefon, Handy, Bezug (Sohn, Tochter, usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Angehörige/Bezugsperson: Name, Adresse, Telefon, Handy, Bezug (Sohn, Tochter, usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahleradresse

\_\_\_\_\_

**Zimmer**  
**Kurzaufenthalt**      von:.....      bis:.....

Ort/Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_