



Anmeldung für einen Kurzaufenthalt im Ferienzimmer

Aufenthalt vom _____ **bis** _____

Name _____
(bei Ehefrauen und Witwen auch Mädchenname)

Vorname _____

Adresse _____
(Strasse Nr., PLZ Ort)

Geburtsdatum _____ **Zivilstand** _____

Heimatort _____ **Konfession** _____

AHV-Nummer _____ **Kontakt** _____
(Festnetz, Handy)

Rechnungsadresse

(Name, Vorname, Strasse Nr., PLZ Ort)

Bezugsperson _____ **Status** _____
(z.B. Ehepartner, Tochter/Sohn, Beistand)

Name Vorname _____

Adresse _____
(Strasse Nr., PLZ Ort)

Kontakt _____ **E-Mail** _____
(Festnetz, Handy)

Krankenkasse _____ **Vers.-Nr.:** _____

Adresse: _____
(Strasse Nr., PLZ Ort)

Hausarzt _____

Adresse _____
(Strasse Nr., PLZ Ort)

Pflegebedarf

Körperpflege	Mobilität	Essen/Trinken	Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Teilwäsche	<input type="checkbox"/> Gehstöcke	<input type="checkbox"/> bereitstellen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Ganzwäsche	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> eingeben	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Diät	

Bitte bringen Sie eine ärztliche Verordnung und alle benötigten Medikamente mit.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____