

**Anmeldeformular für das Ferienbett****Gewünschte Aufenthaltsdauer:****Vom:** ..... **Bis und mit:** .....**Bitte vor dem Eintritt das ärztliche Zeugnis zustellen.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ AHV Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

**Angehörige/Kontaktpersonen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Bitte angeben wer die erste Ansprechperson ist.****Arzt**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon G: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_ Vertretung: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedernummer.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon G: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Empfänger für Post aus dem APH Wollmatt**

z.B. Veranstaltungskalender, Einladungen zu int. Anlässen usw.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Der /die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben.  
Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.**

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