

Anmeldung Hotelzimmer

Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Heimatort:	Telefon:
Konfession:	AHV-Nr:
Hausarzt:	
Spitex: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Adresse:
Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kontaktperson / ev. Gesetzliche Vertretung

Name / Adresse:	
Telefon / E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	
Weitere Angehörige: (Name/Adresse/Telefon/Mail/Verwandtschaftsgrad)	

Rechnungsadresse/Finanzverwaltung:

Wunschtermin (von-bis):

Datum: Unterschrift: