

## Anmeldung für Ferien- oder Kurzaufenthalt

|                           |                                        |          |             |
|---------------------------|----------------------------------------|----------|-------------|
| Name und Vorname:         |                                        |          |             |
| Adresse:                  |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Geburtsdatum:             |                                        |          |             |
| Zivilstand:               |                                        |          | Konfession: |
| AHV-Nr.:                  |                                        |          | Bürgerort:  |
| Angehörige:<br>Adresse:   | a)                                     |          |             |
|                           |                                        |          |             |
|                           |                                        | Telefon: |             |
|                           | b)                                     |          |             |
|                           |                                        |          |             |
|                           |                                        | Telefon: |             |
|                           | c)                                     |          |             |
|                           |                                        |          |             |
|                           |                                        | Telefon: |             |
| Rechnung an:              |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Hausarzt:                 |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Apotheke:                 |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Krankenkasse:             |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Gewünschte Unterbringung: | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer  |          |             |
|                           | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer  |          |             |
| Eintrittsdatum:           |                                        |          |             |
| Austrittsdatum:           |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Hilflosenentschädigung:   | <input type="checkbox"/> ja            | CHF      |             |
|                           | <input type="checkbox"/> nein          |          |             |
| Pensionspreis:            |                                        |          |             |
|                           |                                        |          |             |
| Ort und Datum:            | Unterschrift der/des Antragstellenden: |          |             |
| Zermatt,                  |                                        |          |             |

**Die Anmeldung ist erst mit der Bestätigung der Heimleitung gültig!**