

## Anmeldung Kurzzeitaufenthalt oder Tagesbetreuung

**Kurzzeitaufenthalt** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Tagesaufenthalt,  
(09.00 – 16.00 Uhr)** ab wann \_\_\_\_\_

Wochentag/e \_\_\_\_\_

Hielten Sie sich bereits ein- oder mehrmals als Kurzzeitaufenthalter/In oder Tagesaufenthalter/In in der Stiftung Blumenfeld auf?  ja  nein

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Heimatort	_____
Zivilstand	_____	seit	_____
Konfession	_____	Ehemaliger Beruf	_____
AHV-Nr.	_____	Telefon	_____
PLZ, Wohnort	_____	Strasse	_____

### Rechnungsempfänger

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon Privat	_____	Handy od. Geschäft	_____
Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand etc.)	_____	Email-Adresse	_____

### Besteht eine Beistandschaft

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Name, Vorname, Adresse der Beistandschaft _____ _____  <b>Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen</b> Falls keine Beistandschaft besteht, wünschen Sie eine administrative Vertretung? Falls ja, bitte Name, Vorname, Adresse angeben _____ _____
---	---

### Wichtige Adressen von Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen

→ Die bei unvorhergesehenen Ereignissen zu benachrichtigende Person ist mit einer „1“ zu kennzeichnen! ←

Nr.	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand, etc.)
Nr.	Name, Vorname	Strasse	PLZ, Ort
	Telefon Privat	Handy od. Geschäft	Beziehung zu AntragstellerIn (Tochter, Sohn, Beistand, etc.)

Name des Hausarztes	Adresse, PLZ Ort	Tel. Nr.
Name Krankenkasse		
Name Unfallversicherung	Mitglieder-Nummer	
<b>Obligatorisch:</b> Privathaftpflichtversicherungsgesellschaft, Adresse, PLZ Ort	Policen-Nummer	

#### Der Anmeldung sind folgende Schriftstücke beizulegen

- Kopie des Schriftenempfangsscheines **oder** einer gleichwertigen Wohnsitzbescheinigung
- Kopie der Krankenkassen-Karte (beidseitig)

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die zuständigen Mitarbeitenden der Stiftung Blumenfeld weiterführende Auskünfte bei Ärzten und Institutionen einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn, resp. Vertretung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visum Geschäftsführer

\_\_\_\_\_