

Anmeldung

Personalien

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Heimatort:
Strasse:	Wohnsitz/Schriften:
PLZ/Wohnort:	Ausgleichskasse:
Tel.-Nr.:	AHV-Nr.:
Zivilstand:	Krankenkasse:
Konfession:	Versicherten-Nr.:
Hausarzt/ärztin:	Tel.-Nr. Arzt/Ärztin:

Angehörige / Kontaktpersonen

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Strasse:	Strasse:
PLZ/Wohnort:	PLZ/Wohnort:
Tel. Privat:	Tel. Privat:
Tel. Geschäft:	Tel. Geschäft:
Tel. mobil:	Tel. mobil:
E-Mail:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:

Dringlichkeit der Aufnahme (Zutreffendes ankreuzen und/oder mit Datum versehen)

dringend nicht dringend Wunschzeitpunkt:

Angaben zur gesundheitlichen Situation (Zutreffendes ankreuzen und/oder Text)

Orientierungsvermögen: gut mässig stark beeinträchtigt

Bemerkungen:

Administration / Finanzierung

Haben Sie einen offiziellen Vorsorgeauftrag der KESB (Kant. Erwachsenenschutzbehörde)? ja nein

Haben Sie einen Beistand / Vormund? ja nein wenn ja: Beistand Vormund

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:

Vorhandene Vollmachten, Patientenverfügung und/oder Vorsorgeauftrag sind beizulegen.

Bezug Ergänzungsleistung: ja nein Bezug Hilfslosenentschädigung: ja nein

Ansprechperson für administrative Belange:

Bestimmungen & Beilagen

Wir bitten um Verständnis, dass wir nur vollständige Anmeldungen annehmen. Mit der Anmeldung berechtigen Sie uns, bei medizinisch involvierten Dienstleistern wie Spital, Spitex oder Hausarzt pflegerelevante Informationen einzuholen. Bitte veranlassen Sie ihren Hausarzt, uns ein Arztzeugnis zuzustellen.

Datum:

Unterschrift:

(Elektronisch ausgefüllte Anmeldungen können an a.schneider@az-birsfelden.ch gesandt werden. Ein Ausdruck mit einer handschriftlichen Unterschrift inkl. der vorhandenen Beilagen muss auf dem Postweg nachgesandt werden.)