

Anmeldung Tagesstätte



Personalien	
NAME:	Geburtsdatum:
VORNAME:	Heimatort:
Strasse:	Wohnsitz / Schriften:
PLZ / Wohnort:	Ausgleichskasse:
Tel.-Nr.:	AHV-Nr.:
Zivilstand:	Krankenkasse:
Konfession:	Versicherten-Nr.
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:
Angaben zur gesundheitlichen Situation <i>Zutreffendes ankreuzen oder Text</i>	
Orientierungsvermögen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt	
Spezielle medizinische / Pflegerische Aspekte:	
Hausärztin/Hausarzt:	Tel. Nr.:
Wunschtage	
<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr	
Transport:	
Administration / Finanzierung	
Sind Sie offiziell verbeiständet oder bevormundet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Vormund	
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Tel.-Privat:	Tel.-Geschäft:
E-Mail:	
<i>Nützliche Zusatzangaben:</i>	
Bezug Ergänzungsleistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bezug Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestimmungen & Beilagen	
Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir nur vollständig ausgefüllte Anmeldebogen entgegennehmen können. Mit der Anmeldung berechtigen Sie uns bei medizinisch involvierten Dienstleistern wie Spital, Spitex oder Hausarzt pflegerelevante Informationen einzuholen. Bitte veranlassen Sie den zuständigen 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.)