|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Name:       | Geburtsdatum:       |
| Vorname:       | Heimatort:       |
| Strasse:       | Wohnsitz/Schriften:       |
| PLZ/Wohnort:       | Ausgleichskasse:       |
| Tel.-Nr.:       | AHV-Nr.:       |
| Zivilstand:       | Krankenkasse:       |
| Konfession:       | Versicherten-Nr.:       |
| **Hausarzt/ärztin:**       | **Tel.-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:       |
| [ ]  Ansprechperson für pflegerische Belange [ ]  Ansprechperson für administrative Belange | [ ]  Ansprechperson für pflegerische Belange [ ]  Ansprechperson für administrative Belange |
| **Dringlichkeit der Aufnahme** *(Zutreffendes ankreuzen und/oder mit Datum versehen)* |
| [ ]  dringend | [ ]  nicht dringend | Wunschzeitpunkt:       |
| **[ ]  Anmeldung für** **Ferienzimmer:** von       bis:        |
| **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:       |
| Rechnungsversand per: [ ]  Post [ ]  E-Mail |
| [ ]  Patientenverfügung [ ]  Vollmachten [ ]  Vorsorgeauftrag (Vorhandene Unterlagen sind beizulegen) |
| Bezug Ergänzungsleistung: [ ]  ja [ ]  nein Bezug Hilfslosenentschädigung: [ ]  ja [ ]  nein |
|  |
| **Bestimmungen & Beilagen:** Es werden nur vollständige Anmeldungen angenommen. 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 bewohneraufnahme@az-birsfelden.ch gesandt werden. Ein Ausdruck mit einer handschriftlichen Unterschrift inkl. der vorhandenen Beilagen muss auf dem Postweg nachgesandt werden.