|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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](mailto:bewohneraufnahme@az-birsfelden.ch) gesandt werden. Ein Ausdruck mit einer handschriftlichen Unterschrift inkl. der vorhandenen Beilagen muss auf dem Postweg nachgesandt werden.