

## Aufnahmegesuch / Anmeldeformular

<u>ZENTRUM PASSWANG</u>	<u>SENIORENZENTRUM ROSENGARTEN</u>
<input type="checkbox"/> Haus CURA Demenzzentrum → Keine Zimmerwünsche möglich!	<input type="checkbox"/> Demenzabteilung <input type="checkbox"/> Langzeitpflege
<input type="checkbox"/> Haus SANA Gesundheitszentrum → <input type="checkbox"/> Einzelzimmer → <input type="checkbox"/> Doppelzimmer → <input type="checkbox"/> Ferienbett von _____ bis _____	→ <input type="checkbox"/> Einzelzimmer → <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

### Dringlichkeit der Aufnahme

- Dringend \* → Beilage zwingend: Arztzeugnis!       Keine (vorsorglich)  
(Wird der Eintritt dringend erwarten wir Ihren Bericht)

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
Schriftenort \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_ Früherer Beruf \_\_\_\_\_

### Krankenkasse → KOPIE Krankenkassenkarte zwingend beilegen.

Name Krankenkasse \_\_\_\_\_ Ablaufdatum \_\_\_\_\_  
Versicherungskartennummer (20-stellig) \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Fachärzte (Zahnarzt, Augenarzt etc.)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fachgebiet \_\_\_\_\_

### Angaben zur gesundheitlichen Situation (Zutreffendes ankreuzen)

Demenzielle Erkrankungen:       keine       schwach       fortgeschritten

**Administration/Finanzen (bitte zutreffendes ankreuzen)**

Patientenverfügung  ja\*  nein

Vorsorgeauftrag  ja\*  nein

Beistand  ja  nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Bezug Ergänzungsleistungen**  ja\*  nein  angemeldet

**Bezug Hilflosenentschädigung**  ja\* ( leicht  mittel  schwer)  nein  angemeldet

*\* Bitte eine Kopie der Verfügung der Anmeldung beilegen.*

**Ansprechperson Finanzen / Rechnungsempfänger**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Weitere Kontaktadresse**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Für Personen mit Wohnsitz im Kanton Baselland**

Seit wann wohnen Sie ununterbrochen im Kanton BL \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit vorstehender Angaben:

Datum/Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.**