

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 → KOPIE Pass oder Identitätskarte zwingend beilegen.

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: ja nein

Administration/Finanzen (bitte zutreffendes ankreuzen)

Patientenverfügung ja* nein

Vorsorgeauftrag ja* nein

Beistand ja nein

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-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.