

Aufnahmegesuch / Anmeldeformular

ZENTRUM PASSWANG

Haus CURA Demenzzentrum

Keine Zimmerwünsche möglich!

Haus SANA Gesundheitszentrum

Einzelzimmer Doppelzimmer

Ferienbett von _____ bis _____

Dringlichkeit der Aufnahme

Dringend * → Beilage zwingend: Arztzeugnis

SENIORENZENTRUM ROSENGARTEN

Demenzabteilung

Langzeitpflege

Einzelzimmer Komfortzimmer

Doppelzimmer

Keine (vorsorglich)

(Wird der Eintritt dringend erwarten wir Ihren Bericht)

Personalien

Name _____

Strasse _____

Telefon _____

Schriftenort _____

Geburtsdatum _____

Konfession _____

Vorname _____

PLZ/Ort _____

AHV-Nummer _____

Heimatort _____

Zivilstand _____

Früherer Beruf _____

Krankenkasse → Beilage zwingend: Kopie der Krankenkassenkarte

Name Krankenkasse _____

Ablaufdatum _____

Versicherungskartenummer (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

SZ Rosengarten

Schützenweg 11

4242 Laufen

www.sz-rosengarten.ch

info@sz-rosengarten.ch

Zentrum Passwang

Spitalstrasse 38

4226 Breitenbach

www.zentrumpasswang.ch

info@zentrumpasswang.ch

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 / Mobile _____

Verwandtschaftsgrad _____

Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon / Mobile _____

Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktadresse

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon / Mobile _____

Verwandtschaftsgrad _____

Für Personen mit Wohnsitz im Kanton Baselland

Seit wann wohnen Sie ununterbrochen im Kanton BL _____

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit vorstehender Angaben

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Allenfalls Zweitunterschrift gesetzliche Vertretung _____

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.