

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 → Beilage zwingend: Kopie Pass oder ID

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

AHV-Nummer

E-Mail

Heimatort

Schriftenort

Zivilstand

Geburtsdatum

Früherer Beruf

Konfession

Krankenkasse → Beilage zwingend: Kopie der Krankenkassenkarte

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

SZ Rosengarten

Schützenweg 11

www.sz-rosengarten.ch

4242 Laufen

info@sz-rosengarten.ch

Zentrum Passwang

Spitalstrasse 38

www.zentrumpasswang.ch

4226 Breitenbach

info@zentrumpasswang.ch

Administration / Finanzen (bitte zutreffendes ankreuzen)Patientenverfügung ☐ ja* ☐ neinVorsorgeauftrag ☐ ja* ☐ neinBeistand ☐ 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 / Mobile _____

Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail _____

Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Mobile _____

Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail _____

Weitere Kontaktadresse

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Mobile _____

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

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Allenfalls Zweitunterschrift gesetzliche Vertretung _____

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt.