

Anmeldeformular für ein Entlastungsbett

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. Anmeldung

für ein Entlastungsbett für den Zeitraum vom

Die Zimmerzuteilung für ein Entlastungsbett erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet:

2. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobiltelefon-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Zivilstand: ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 geschieden seit _____
 eingetragene Partnerschaft seit _____

Konfession: reformiert katholisch neuapostolisch
 muslimisch konfessionslos
 andere, welche: _____

Sohn/Tochter des: _____ (Vorname und Name des Vaters)

Sohn/Tochter der: _____ (Vorname und Name der Mutter)

Heimatort/Staatsangehörigkeit: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Wohnhaft in der Gemeinde seit: _____

Wohnhaft im Kanton BL seit: _____

3. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

Sozialversicherungs-Nr.: _____

4. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

→ **bitte Kopie der aktuellen Police beilegen**

5. Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

6. Augenarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

7. Zahnarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

8. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____

Fax-Nr.: _____ Mobiltelefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

Bemerkung: _____

Korrespondenz ist zu richten an:

 mich Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter**9. Gesundheitsfragen**Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb: _____

Benötigen Sie Hilfe beim An- und Ausziehen? ja
 teilweise
 neinBenötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege? ja
 teilweise
 neinBenötigen Sie Hilfe beim Essen und/oder Trinken? ja
 teilweise
 neinBenötigen Sie bei der Fortbewegung Hilfsmittel? ja
 teilweise
 neinKönnen Sie noch selbständig Ihre persönlichen Angelegenheiten regeln und den Alltag gestalten? (Einzahlungen, Korrespondenz, Verkehr mit Behörden, Einkaufen, Kochen usw.) ja
 teilweise
 neinBenötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Spitexorganisation

Name der Spitex: _____

Ansprechperson: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung? ja nein

→ **wenn ja, bitte ein Kopie der Verfügung beilegen**

10. Weitere Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschriften:

Bewerbende Vertreter(in)

- Beilagen** Kopie Police Krankenkasse
 Falls vorhanden, Kopie Patientenverfügung