

Anmeldung

 Vorsorgliche Anmeldung

 Dringender Eintritt *

 Entlastungs-/Ferienaufenthalt *

(* Der Zeitpunkt eines definitiven Eintrittes ist abhängig von der Verfügbarkeit freier Zimmer)

| | | | |
|---|----------------|--|--|
| Name/Ledigenname | | Vorname | |
| Geburtsdatum | Zivilstand | Konfession | |
| Derzeitige Adresse: Strasse, Hausnummer, Wohnort, E-Mail | | Tel. Nr. Natel: | |
| Heimatort (mit PLZ) | früherer Beruf | AHV-Nr. | |
| wohnhaft in <input type="checkbox"/> Pratteln <input type="checkbox"/> Augst <input type="checkbox"/> Giebenach seit: | | in Baselland wohnhaft seit | |
| 1. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) | | Natel / Tel. Nr. E-Mail: | |
| 2. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) | | Natel / Tel. Nr. E-Mail: | |
| 3. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) | | Natel / Tel. Nr. E-Mail: | |
| Kontakt: ↑ An welche, der oben aufgeführten Personen, dürfen wir eine Bestätigung senden oder bei Fragen Kontakt aufnehmen? | | | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| Hausarzt, Name/Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| Krankenkasse und Karten Nr. (15stellig) <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Versicherungs-Nummer <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Bitte auch Seite 2 ausfüllen | | | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Vorsorgeauftrag oder eine Vollmacht erteilt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein elektronisches Patientendossier (EPD) eröffnet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Angaben zur gesundheitlichen Situation | | |
|---|---|--|
| Sind Sie beim Ankleiden auf Hilfe angewiesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie bei der Körperpflege auf Hilfe angewiesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein |
| Können Sie noch selbständig auf die Toilette gehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigen Sie Hilfe beim Essen und Trinken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigen Sie eine besondere Diätform? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Werden Sie durch die Spitex betreut? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wie oft in der Woche? <input type="text"/> | |
| z.Zt. im Spital (in welchem)? <input type="text"/> | Seit: <input type="text"/> | |

| |
|---|
| <p>Newsletter des Alters- und Pflegeheim Madle</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte gerne über Neuigkeiten sowie über die Alltagsgestaltung im Madle informiert werden. Als neuer Newsletter-Abonnent erhalten Sie von uns als Dankeschön einen Gutschein für unser Restaurant. Sie können sich jederzeit wieder abmelden.</p> <p>Ihre E-Mail: <input type="text"/></p> |
|---|

| | |
|--|--|
| <p>Madle-Post</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte kostenlos die wöchentliche Hauszeitung des Alters- und Pflegeheim Madle erhalten. Wenn ja, an wen sollen wir die Madle-Post senden: Vorname/Name: <input type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per Post</p> |
|--|--|

| |
|---|
| <p>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</p> <p><input type="checkbox"/> Homepage <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Inserat <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/></p> |
|---|

| | |
|-------------------------------|---|
| Datum <input type="text"/> | Name und Vorname des Antragstellers <input type="text"/> |
|-------------------------------|---|