

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.	
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, E-Mail <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.)		Tel. Nr.	
		Natel:	
2. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse, E-Mail <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.)		Tel. Nr.	
		Natel:	
3. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse, E-Mail <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann <input type="checkbox"/> Sohn, Tochter <input type="checkbox"/> Beistand, gesetzl. Vertreter etc.)		Tel. Nr.	
		Natel:	
Kontakt: ↑ An welche, der oben aufgeführten Personen, dürfen wir eine Bestätigung senden oder bei Fragen Kontakt aufnehmen? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>			
Hausarzt, Name/Adresse			
Krankenkasse und Karten Nr. (15stellig)		Versicherungs-Nummer	
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"/>	

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

Veranstaltungen im Madle <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte gerne über öffentliche Anlässe/Veranstaltungen/Neuigkeiten im Madle informiert werden Wenn ja, an wen sollen wir die Informationen senden: Vorname/Name: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per Post
Madle-Post <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"/>	<input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per Post
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Homepage <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Inserat <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>

Ihre Adressen werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.