

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		Tel. Nr.	Natel:
		E-Mail:	
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 <small>(Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen</small>		Tel.Nr.	Natel:
		E-Mail:	
2. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse <small>(Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen</small>		Tel.Nr.	Natel:
		E-Mail:	
3. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse <small>(Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen</small>		Tel.Nr.	Natel:
		E-Mail::	
Kontakt: ↑ <i>An welche, der oben aufgeführten Personen, dürfen wir eine Bestätigung senden oder bei Fragen Kontakt aufnehmen?</i>			
Hausarzt, Name/Adresse			
Krankenkasse		Versicherungs-Nummer	
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	

➔ Bitte auch Seite 2 ausfüllen

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 pro Woche	
z.Zt. im Spital (in welchem)?	seit:	

Datum	Unterschrift

Ihre Daten und Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben

<p>Veranstaltungen im Madle</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte gerne über öffentliche Anlässe/Veranstaltungen/Neuigkeiten im Madle informiert werden</p> <p>Wenn ja, an wen sollen wir die Informationen senden:</p> <p>Vorname/Name _____</p>	<p><input type="checkbox"/> per Mail</p> <p><input type="checkbox"/> per Post</p>
<p>Madle-Post</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte kostenlos die wöchentliche Hauszeitung des Alters- und Pflegeheim Madle erhalten.</p> <p>Wenn ja, an wen sollen wir die Madle-Post senden:</p> <p>Vorname/Name _____</p>	<p><input type="checkbox"/> per Mail</p> <p><input type="checkbox"/> per Post</p>
<p>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</p>	<p><input type="checkbox"/> Homepage</p> <p><input type="checkbox"/> Facebook</p> <p><input type="checkbox"/> Inserat</p> <p><input type="checkbox"/> Empfehlung</p> <p><input type="checkbox"/></p>

Ihre Adressen werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.