

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 seit:	<input type="checkbox"/> Pratteln <input type="checkbox"/> Augst <input type="checkbox"/> Giebenach		in Baselland wohnhaft seit
1. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse (Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen			Tel.Nr. Natel: E-Mail:
2. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse (Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen			Tel.Nr. Natel: E-Mail:
3. Angehörige/Kontaktperson: Name/Adresse (Bezugsart: Ehefrau/-mann, Sohn, Tochter, Beistand, gesetzl. Vertreter etc.) bitte unterstreichen			Tel.Nr. Natel: E-Mail:
Kontaktperson: ↑ <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>

Ihre Adressen werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.