

Anmeldeformular

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim Therwil | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> Pflegewohnung Ettingen | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> Pflegewohnheim Flühbach | <input type="checkbox"/> Eintritt dringend* | <input type="checkbox"/> Eintritt gelegentlich |
- (*Bei frei werdendem Heimplatz werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen)
- (Wird der Eintritt dringend erwartet, erwarten wir Ihren Bericht)

Ferienaufenthalt im APH Therwil von Datum _____ bis Datum _____

.....

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobile _____

Schriftenort _____ Heimatort _____

Geburtsdatum _____ Zivilstand _____

Konfession _____ AHV-Nr. _____

.....

Krankenkasse

Name Krankenkasse _____ Mitglied-Nr. _____

Sektionsadresse _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Fachärzte (Zahnarzt, Augenarzt etc.)

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fachgebiet _____

Weitere Fachärzte

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fachgebiet _____

Administration/Finanzen (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Patientenverfügung ja* nein
Vorsorgeauftrag ja* nein
Ergänzungsleistung ja* nein angemeldet
Hilflosenentschädigung ja* (leicht mittel schwer)
 nein angemeldet

* Bitte eine Kopie der Verfügung der Anmeldung beilegen.

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut ja nein

.....

Beistand ja nein

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobile _____ Mail _____

Kontaktperson: An wen können wir uns wenden, betreffend Korrespondenz/
Zimmerangebot?

Name _____ Vorname _____

Ansprechperson Finanzen/Rechnungsempfänger

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobile _____ Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobile _____ Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktadresse

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobile _____ Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktadresse

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobile _____ Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

.....

Name und Vorname der Eltern (nur bei „Eintritt dringend“ ausfüllen):

Name Vater _____ Vorname _____

Name Mutter _____ Vorname _____

Ledigname Mutter _____

.....

Bemerkungen:

Folgende Dokumente sind einer Anmeldung „Eintritt dringend“ beizulegen:

- Wohnsitzbescheinigung (erhältlich bei Ihrer Gemeindeverwaltung)
- Kopie aktuelle Krankenkassenpolice
- Kopie Krankenkassenkarte
- Kopie der letzten Steuerveranlagung (Staatssteuer inkl. Details)
- Aktuelles Arztzeugnis

Folgende Dokumente sind bei einer Anmeldung „Ferienaufenthalt“ beizulegen:

- Kopie Krankenkassenkarte
- Aktuelles Arztzeugnis

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung mit den benötigten Unterlagen an folgende Adresse:

Stiftung Blumenrain
Administration Bewohner
Baslerstrasse 10
4106 Therwil

Für Fragen erreichen Sie uns unter 061 725 55 05 oder bewohner@blumenrain.ch

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.