FRENKENBÜNDTEN

Anmeldeformular

Anmeldung

Gewünschtes Eintrittsdatum:		
Ferienbett / Kurzaufenthalt:	von	bis

Personalien

Name:	
Vorname:	
Strasse, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
AHV-Nr.:	
Früherer Beruf oder Tätigkeit:	
Berufliche Stellung vor der Pensionierung (Angaben für die Statistik des Zivilstandsamtes):	☐ selbständig ☐ Hausfrau ☐ in leitender Stellung ☐ in ausführender Stellung ☐ mitarbeitendes Familienmitglied
Konfession:	☐ reformiert ☐ katholisch ☐ konfessionslos ☐ andere ……...
Zivilstand:	☐ verheiratet, Hochzeitsdatum: …… ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ ledig ☐ eingetragene Partnerschaft
Telefon Privat:	
Telefon Handy:	
E-Mail:	
Heimatort/Staatsangehörigkeit:	
Im Kanton Baselland wohnhaft seit (Monat/Jahr):	
Aufenthalt vor Heimeintritt:	☐ Privathaushalt allein ☐ anderes Heim ☐ Privathaushalt mit anderen ☐ Spital

FRENKENBÜNDTEN

Krankenkasse

Name / Adresse der Krankenkasse:	
Versicherungs-Nummer:	
Krankenkassen-Kartennummer:	

Angehörige / Ansprechperson / gesetzlicher Vertreter

➡ Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1.

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Handy:
E-Mail:	☐ am Tag kontaktieren ☐ Tag und Nacht kontaktieren
Verwandtschaftsgrad/Funktion:	

2.

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Handy:
E-Mail:	☐ am Tag kontaktieren ☐ Tag und Nacht kontaktieren
Verwandtschaftsgrad/Funktion:	

3.

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Handy:
E-Mail:	☐ am Tag kontaktieren ☐ Tag und Nacht kontaktieren
Verwandtschaftsgrad/Funktion:	

Finanzpost an:

☐ Bewohner:in ☐ Ansprechperson **1** ☐ Ansprechperson **2** ☐ Ansprechperson **3**

Heimrechnung an:

☐ Bewohner:in ☐ Ansprechperson **1** ☐ Ansprechperson **2** ☐ Ansprechperson **3**

FRENKENBÜNDTEN

Hausarzt

Name:	
Vorname:	
Strasse, Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Zusätzlicher Arzt oder Zahnarzt

Name:	
Vorname:	
Strasse, Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? Wenn ja, bitte Verfügung beilegen	☐ ja ☐ nein ☐ angemeldet	Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? Wenn ja, bitte Verfügung beilegen	☐ ja ☐ nein ☐ angemeldet

Weitere Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie uns und die Spitex, Spitäler, Kliniken, Krankenkassen, Gemeinden, Vorsorgeregionen und Sozialdienste, Informationen zu Ihrem Pflege- und Betreuungsbedarf und zur finanziellen Situation auszutauschen. Ihre Angaben werden ansonsten vertraulich behandelt. Mit der Entgegennahme Ihrer Anmeldung können wir Ihnen noch keine verbindliche Zusicherung für die Aufnahme geben.

FRENKENBÜNDTEN

Der Anmeldung beizulegen

Zwingende Beilagen bei Heimeintritt:

☐ ärztlicher Überweisungsrapport / aktuelle medizinische Unterlagen
☐ Bedarfsabklärung
☐ Kopie Krankenkassen-Police
☐ Vollmachtserteilung bei Urteilsunfähigkeit / Beistandschaft
☐ letzte Steuerveranlagung der Staatssteuer
☐ Ausgefülltes Formular: «Angaben zur Heimfinanzierung»
☐ Betreibungsregisterauszug

Zwingende Beilagen bei Kurzaufenthalt/Ferienbett:

☐ ärztlicher Überweisungsrapport / aktuelle medizinische Unterlagen
☐ Kopie Krankenkassen-Police
☐ Vollmachtserteilung bei Urteilsunfähigkeit / Beistandschaft

Sofern vorhanden:

☐ Patientenverfügung
☐ Verfügung Ergänzungsleistungen
☐ Verfügung Hilflosenentschädigung
☐ Vorsorgeauftrag