|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Name:       | Geburtsdatum:        |
| Vorname:       | Heimatort:        |
| Strasse:       | Wohnsitz/Schriften:        |
| PLZ/Wohnort:       | Ausgleichskasse:        |
| Tel.-Nr.:       | AHV-Nr.:       |
| Zivilstand:       | Krankenkasse:       |
| Konfession:        | KK-Nr.:       |

|  |
| --- |
| **Angehörige / Kontaktpersonen** |
| Name:       | Name:        |
| Vorname:        | Vorname:       |
| Strasse:       | Strasse:       |
| PLZ/Wohnort:       | PLZ/Wohnort:       |
| Tel Privat:        | Tel Privat:        |
| Tel Geschäft:       | Tel Geschäft:       |
| Tel mobil:       | Tel mobil:       |
| E-Mail:       | E-Mail:       |
| Verwandtschaftsgrad:        | Verwandtschaftsgrad:       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur gesundheitlichen Situation -** *Zutreffendes ankreuzen und/oder Text* |
| Orientierungsvermögen | [ ]  gut | [ ]  mässig | [ ]  stark beeinträchtigt |
| Spezielle medizinische / pflegerische Aspekte:       |
| Hausärztin/-arzt:       | Tel Nr.:        |

|  |
| --- |
| **Wunschtage (nur ganze Tage)** |
| [ ]  Mo | [ ]  Di | [ ]  Mi | [ ]  Do | [ ]  Fr |

|  |
| --- |
| Transport:       |

|  |
| --- |
| **Administration / Finanzierung** |
| Sind Sie offiziell verbeiständet oder bevormundet? [ ]  ja [ ]  nein |
|  Wenn ja: [ ]  Beistand [ ]  Vormund  |
| Name:       | Vorname:       |
| Strasse:       | PLZ/Wohnort:        |
| Tel Privat:       | Tel Geschäft:       |
| Tel mobil:       | E-Mail:       |
| Korrespondenz: [ ]  Post [ ]  E-Mail (obige Adresse) oder E-Mail:       |
| *Nützliche,* ***freiwillige*** *Zusatzangaben:*       |
| Bezug Ergänzungsleistung: [ ]  ja [ ]  nein  |
| Bezug Hilflosenentschädigung: [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Bestimmungen & Beilagen** |
| Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir nur vollständig ausgefüllte Anmeldebogen entgegennehmen können. Mit der Anmeldung berechtigen Sie uns, bei medizinisch involvierten Dienstleistern wie Spitälern, Spitex oder Hausarzt pflegerelevante Informationen einzuholen. Bitte veranlassen Sie die zuständige Hausärztin/den zuständigen Hausarzt, uns ein Arztzeugnis zuzustellen. |

Datum: Unterschrift:

Elektronisch ausgefüllte Bogen können an E-Mail-Adresse: tns@az-birsfelden.ch gesandt werden.