

Informationen für Gespräch am:	
Betreffende Person:	

## 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Haus-Nr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zivilstand:     ledig         verheiratet     verwitwet     geschieden

Konfession:    reformiert     katholisch     andere         konfessionslos

Früherer Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## 2. Anmeldung

Für einen Einzug                       Für ein Ferienzimmer

Bitte Zeitraum angeben: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## 3. Herkunft

Kopie des Familienbüchleins:    Ja                       Nein

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in der Gemeinde seit: \_\_\_\_\_

Wohnhaft seit dem 20. Lebensjahr länger als 5 Jahre im Baselland:    Ja                       Nein

Bei ausserkantonalen Anmeldungen die Kostengutsprache beilegen.

#### 4. Versicherungsdaten

Kopie beider Seiten der aktuellen Krankenkassen Karte beilegen

#### 5. Finanziell bevollmächtigte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Funktion: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Generalvollmacht, Verfügung einer Beistandschaft, falls vorhanden bitte Kopie beilegen

#### 6. Rechnungsempfänger

Der/ Die Bewohner/in erhält die Rechnung im Altersheim:

Ja

Nein → Abweichender Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 7. Medizinisch bevollmächtigte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Funktion: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag, falls vorhanden bitte Kopie beilegen

Hauptgrund für den Einzug: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_