

Anmeldung für einen Heimeintritt *(bitte aktuelles ärztliches Zeugnis beilegen)*

Daueraufenthalt

GERIATRIEplus (Anschlusslösung nach Spitalaufenthalt, in möbliertem Zimmer, vertieftes Therapieangebot mit Option auf definitive Aufnahme oder Rückkehr nach Hause)

befristeter Aufenthalt (Ferienbett/Entlastungsbett) von Datum _____ bis Datum _____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon-Nr. P	_____
Mobil-Nr.	_____	E-Mail	_____
Zivilstand	_____	AHV-Nummer	_____
Nationalität	_____	Schriften-Ort	_____

Die Wohnsitzbestätigung der Einwohner aus Binningen wird vom APH direkt bei der Gemeinde Binningen bestellt.

Bei Anmeldungen aus anderen Gemeinden bitten wir darum, diese der Anmeldung beizulegen.

Bitte legen Sie eine Kopie der ID bei.

Konfession	_____	Früherer Beruf	_____
Krankenkasse	_____	Policen-Nr.	_____

Bitte legen Sie Kopien beider Seiten Ihrer Krankenkassenkarte und der aktuellen Police bei.

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

Kontaktpersonen an wen sollen wir uns wenden, betreffend Korrespondenz, Zimmerangebot?

an mich, Adresse siehe oben / an folgende Bezugsperson:

Name: _____ Vorname: _____ Tel.-Nummer: _____



Hausarzt

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel.	_____	Fax	_____
E-Mail	_____	Fachgebiet	_____

Spezialärzte Angaben nur bei Bedarf (z. Bsp. Zahnarzt, Augenarzt etc.)

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel.	_____	Fax	_____
E-Mail	_____	Fachgebiet	_____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel.	_____	Fax	_____
E-Mail	_____	Fachgebiet	_____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel.	_____	Fax	_____
E-Mail	_____	Fachgebiet	_____

Angehörige / Vertrauenspersonen / Gesetzliche Vertretung

1. Angehöriger Verwandtschaftsgrad oder Funktion (Beziehung) _____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Geschäft	_____	E-Mail	_____

2. Angehöriger Verwandtschaftsgrad oder Funktion (Beziehung) _____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Geschäft	_____	E-Mail	_____

Weiterer Angehöriger Verwandtschaftsgrad oder Funktion (Beziehung) _____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Geschäft	_____	E-Mail	_____

Beistand *(bitte Ernennungsurkunde beilegen)*

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Geschäft	_____	E-Mail	_____

Finanzierung des Aufenthaltes / Vollmachten

Fakturaempfänger

Name _____ Vorname _____
 Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
 Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____
 Tel. Geschäft _____ E-Mail _____

Zahlungsart Einzahlungsschein Lastschriftverfahren (LSV)

Wer verfügt über Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

niemand 1. Angehörige/r 2. Angehörige/r Beistand Treuhandbüro

Werden Ergänzungsleistungen zur AHV bezogen? ja *Wenn ja, bitte Verfügung beilegen* nein

Wird Hilflosenentschädigung bezogen? ja *Wenn ja, bitte Verfügung beilegen* nein

Wurden Schenkungen gemacht? ja nein

Ist Grundeigentum vorhanden? ja nein
 Wenn ja, ist eine Liegenschaft bewohnt durch:
 Ehepartner/in eingetragene/r
 Partner/in

Bitte Kopie der letzten AHV- und Rentenbestätigung sowie eine Kopie der letzten definitiven Steuerverfügung beilegen (nicht bei Aufenthalt im Entlastungsbett).

Wird eine Finanzierungsberatung gewünscht? ja nein

Wenn keine Finanzierungsberatung wünscht wird, erklärt/erklären die/der Unterzeichnende/n mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass für die Bezahlung der Kosten vollumfänglich Garantie übernommen wird und entsprechende Sicherheiten vorhanden sind.

Sofern eine Patientenverfügung, eine Generalvollmacht oder ein Vorsorgeauftrag vorhanden ist, bitten wir um eine Kopie davon.

Spitexorganisation

Name _____

Ansprechperson _____

Strasse / Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird die Geschäftsführung / Betriebsleitung bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen. Mit Ihrer Unterschrift auf dieser Anmeldung entbinden Sie die Spitex und je nach Aufenthaltsort das Spital ausdrücklich von der Schweigepflicht den Heimen gegenüber.

8. Sterbehilfeorganisation

Sind Sie Mitglied einer Sterbehilfeorganisation? nein ja

Wenn Ja, Name der Organisation: _____

Bitte legen Sie der Anmeldung eine Kopie des entsprechenden Ausweises, resp. der Verfügung bei.

Bemerkungen:

Wird die Anmeldung nach der Abklärung durch die Leitung Pflege & Betreuung bestätigt, verpflichtet man sich, innert zwei Wochen nach Kontaktaufnahme durch uns, ins Heim einzutreten. Sollte der Eintritt dann doch nicht erfolgen, werden Gebühren in der Höhe von CHF 300.00 verrechnet.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der Aufnahmebestimmungen.

Ort/Datum _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Angaben. Im Rahmen des Datenschutzes werden diese vertraulich behandelt.

Die gemachten Angaben dienen zur optimalen Platzierung der angemeldeten Personen.

Um die Bedürfnisse der Betroffenen ganzheitlich abdecken zu können, stehen folgende Fachbereiche zur Verfügung.

- Geriatrie
- GERIATIREplus
- Demenz (geschützter Wohnbereich oder demenzspezifisches Umfeld)
- Gerontopsychiatrie (geschützter Wohnbereich)

Um die korrekte Platzierung zu gewährleisten erlauben wir uns für Rückfragen mit Ihnen Kontakt aufzunehmen

Bitte senden Sie diese Anmeldung an folgende Adresse:

Stiftung Alters- und Pflegeheime Binningen, Hohlegasse 8, 4102 Binningen

oder per Mail an bewohneradmin@aph-binningen.ch