

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

Daueraufenthalt (Bedarf der Zustimmung durch die Fachstelle Alter und Gesundheit ABS, Tel. 061 575 21 00)

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
- 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](mailto:bewohneradmin@aph-binningen.ch)