

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 _____ zivilrechtlicher Wohnsitz _____

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. | _____ | | |
| E-Mail | _____ | Fachgebiet | _____ |

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

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

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

| | | | |
|-------------|-------|------------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse/Nr. | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Tel. | _____ | | |
| 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:
Partner/in Ehepartner/in eingetragene/r

Bitte Kopie der letzten definitiven Steuerverfügung beilegen (nicht bei Aufenthalt im Entlastungsbett).

Wird eine Finanzierungsberatung gewünscht? ja nein

Wenn keine Finanzierungsberatung gewünscht 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. _____ 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 nach erfolgter Bedarfsabklärung durch die Stiftung Alters- und Pflegeheime Binningen ein Heimplatz angeboten, verpflichtet sich die angemeldete Person bzw. die gesetzliche Vertretung, dass der Eintritt ins Heim innert zwei Wochen nach dem Angebot erfolgt.

Findet der Eintritt trotz angebotenen Platz nicht statt, wird eine Gebühr 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