

Vorsorglich (Seite 1)
(Eintritt unbestimmt, auf Warteliste)

Wenn ein Zimmer verfügbar ist,
kontaktieren Sie bitte:

Dringend (Seite 1+2)
(Eintritt innerhalb eines Monats, auf Dringlichkeitsliste)

Mich selbst
 Folgende Person: _____

Personalien:

Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Email: _____
Geburtsdatum: _____	Bürgerort: _____
Konfession: _____	Früherer Beruf: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Momentaner Aufenthalt: Zuhause Spital anderer: _____

Aktuelle Unterstützung: Spitex für Pflege

Besteht eine Beistandschaft: Ja Nein wurde bereits beantragt

AHV-Nummer: _____	Police-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Ablauf-Datum: _____
KK-Karten-Nr.: _____	

Hausarztpraxis:

Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Email: _____

Facharzt (Augenarzt, Zahnarzt etc.):

Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Fachgebiet: _____

Ich bin einverstanden, dass meine Daten gemäss dem Datenschutzkonzept «Im Brüel» zum Zwecke der Aufnahme auf die Warteliste gespeichert werden.

Ort / Datum

Unterschrift

Für die **Anmeldung auf die «Dringlichkeitsliste»** benötigen wir folgende Unterlagen:

- Krankenkassenpolice
- Krankenkassenkarte
- Identitätskarte oder Reisepass
- Letzte definitive Steuerveranlagung inkl. Detailblatt und Finanzblatt
- Kopie vom Heimatausweis (**gilt nur für Nicht-Aescher**)

Bezug Ergänzungsleistungen: ja* nein angemeldet

Bezug Hilflosenentschädigung: ja* nein angemeldet

* Bitte eine Kopie der Verfügung beilegen

Wenn vorhanden:

- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag / Vollmacht
- Ernennungsurkunde Beistand

Gilt **nur** für Ausserkantonale:

Hatten Sie je Ihren Wohnsitz im Kanton Baselland? Wenn ja:

Ort: _____

Von: _____

Bis: _____

Ansprechperson Finanzen / Rechnungsempfänger:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Weitere Kontaktadresse:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Bitte klären Sie ab, ob Ihre Hausarztpraxis weiterhin bereit ist, Sie während Ihres Aufenthaltes im Alterszentrum «Im Brüel» zu betreuen.