

**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: _____	E-Mail: _____
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: _____	E-Mail: _____

## 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
- Privathaftpflichtversicherung
- Letzte definitive Steuerveranlagung inkl. Detailblatt, Finanzabklärung, Wertschriftenverzeichnis

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: _____
E-Mail: _____	_____

## Ansprechperson für medizinische und persönliche Auskünfte:

Name: _____	Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Verwandtschaftsgrad: _____
E-Mail: _____	_____

## 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.