



### 3. Krankenkasse

Krankenkasse: ..... Mitglieder-Nummer:.....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: ..... Fax-Nummer: .....

---

### 4. Ärzte

#### a. Hausarzt

Name: ..... Vorname: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: ..... Fax-Nummer: .....

Email: .....

#### b. Spezialärzte

1. Name: ..... Vorname: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: ..... Fax-Nummer: .....

Email: .....

2. Name: ..... Vorname: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: ..... Fax-Nummer: .....

Email: .....

---

### 5. Angehörige / Vertrauenspersonen / gesetzliche Vertreter

1. Name: ..... Vorname: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer P: ..... Telefonnummer G: .....

Natel-Nummer: ..... Fax-Nummer: .....

Email: ..... Verwandtschaftsgrad / Funktion: .....

2. Name: ..... Vorname: .....  
Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....  
Telefonnummer P: ..... Telefonnummer G: .....  
Natel-Nummer: ..... Fax-Nummer: .....  
Email: ..... Verwandtschaftsgrad / Funktion: .....

3. Name: ..... Vorname: .....  
Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....  
Telefonnummer P: ..... Telefonnummer G: .....  
Natel-Nummer: ..... Fax-Nummer: .....  
Email: ..... Verwandtschaftsgrad / Funktion: .....

Korrespondenz / Kontakt aufnehmen mit:  mir  1.  2.  3.

---

## 6. Gesundheitsfragen

- a. Sind Sie beim An- und Ausziehen auf Hilfe angewiesen?  
 ja  teilweise  nein
- b. Können Sie noch selbständig Ihren Körper pflegen (waschen, duschen, baden)?  
 ja  teilweise  nein
- c. Können Sie noch selbständig auf die Toilette gehen?  
 ja  teilweise  nein
- d. Benötigen Sie Hilfe beim Essen und Trinken?  
 ja  teilweise  nein
- e. Können Sie noch selbständig gehen / sich bewegen?  
 ja  teilweise  nein
- f. Benötigen Sie eine andere Kost (Diät)?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....

g. Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut?  ja  nein

Wenn ja, weshalb? .....

Betreuung durch Spitexorganisation:

Name: ..... Ansprechperson: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: ..... Fax-Nummer: .....

Email: .....

---

### 7. Finanzierung des Aufenthalts im Pflegeheim

Bei Eintritt findet ein Gespräch mit Finanzierungsberatung statt.

a. Beziehen Sie eine

Ergänzungsleistung  ja  nein

Hilflosenentschädigung  ja  nein

b. Besitzen Sie Grundeigentum?  ja  nein

c. Haben Sie Vermögenswerte verschenkt?  ja  nein

d. Steuerbares Einkommen

0 – 25'000  25'001 – 50'000  50'001 – 75'000  über 75'000 CHF

---

### 8. Bemerkungen

.....

.....

---

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

**Beilage:**  aktuelles Arztzeugnis bei dringlicher Anmeldung

Schicken Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular an die **Stiftung Obesunne, Bromhübelweg 15, 4144 Arlesheim**. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.