

Anmeldung Demenzabteilung Obesunne

1. Anmeldung

- Daueraufenthalt Demenzabteilung dringend (bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen)
 Tagesaufenthalt Demenzabteilung Mo Di Mi Do Fr Sa So
 Nachtaufenthalt Demenzabteilung Mo Di Mi Do Fr Sa So
- für Entlastungszimmer von Datum: bis Datum:

Die Pflegeplatz-Zuteilung für den dauerhaften, Tages- oder Nacht-Aufenthalt sowie für das Entlastungszimmer in der Demenzabteilung erfolgt nach Ihrem Betreuungs- und Pflegebedarf und anhand der freien Kapazitäten. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

2. Personalien

- Name: Vorname:
- Strasse, Nr.: PLZ / Ort:
- Geburtsdatum: Heimatort (CH):
- AHV-Nummer: Ausgleichskasse:
- Telefonnummer: Natel-Nummer:
- Fax-Nummer: Email:
- Zivilstand: ledig verheiratet seit: getrennt seit:
- geschieden seit: verwitwet seit:
- Konfession: protestantisch römisch-katholisch
- andere konfessionslos
- Früherer Beruf oder Tätigkeit:
- Wohnhaft im Kanton Basel-Landschaft seit:
- Für ausländische Staatsangehörige:
- Nationalität: Aufenthaltsbewilligung:

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.