

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

1. Anmeldung für Aufenthalt im SZ Schönthal

Wunsch (Einzel-/Doppelzimmer): _____

Die Zimmerzuteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf der/des Bewerberin/Bewerbers und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

2. Verbindlichkeit der Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt die/der Unterzeichnete, dass die Anmeldung dringlich vorsorglich ist.

Dringliche Anmeldung

Der/die Bewerber/in wartet in Spitalpflege ohne die Möglichkeit zu einer Rückkehr in die eigene Wohnung auf einen Heimplatz.

Der/die Bewerber/in lebt in der eigenen Wohnung und hat die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Spitex Regio und durch Familienangehörige ausgeschöpft.

Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Heimeintritt bei einem freien Bett in der Regel kurze Zeit nach der Kontaktaufnahme durch das Heim. Bei einem Entscheid gegen den Eintritt, trotz dringlicher Anmeldung, wird diese als vorsorglich zurückgestuft.

Vorsorgliche Anmeldung

Der/die Bewerberin wünscht einen späteren Eintritt, wenn der Gesundheitszustand es nicht mehr zulässt, in der eigenen Wohnung zu bleiben. Der/die Bewerber/in meldet dem SZ Schönthal einen notwendigen Wechsel von vorsorglich zu dringend.

3. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobiltelefon-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Konfession: reformiert katholisch andere konfessionslos

Heimatort / Staatsangehörigkeit: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Wohnhaft in der Gemeinde seit: _____

Wohnhaft im Kanton Basel-Landschaft seit: _____

4. AHV-Nr.: _____ Ausgleichskasse: _____

5. Krankenkasse: _____ Ort: _____

Mitglieder-Nr.: _____

6. Hausarzt:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

7. Spezialarzt (z.B. Zahnarzt, Augenarzt etc.; Angabe nur bei Bedarf):

Fachgebiet: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

8. Angehörige / Vertrauenspersonen / Gesetzliche VertreterInnen:

1. Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Telefon-Nr. G: _____

Fax-Nr.: _____ Mobiltelefon-Nr. _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad / Funktion: _____

2. Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Telefon-Nr. G: _____

Fax-Nr.: _____ Mobiltelefon-Nr. _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad / Funktion: _____

Korrespondenz ist zu richten an:

mich

1.

2.

8. Weitere Bemerkungen:

Ort / Datum: _____

Unterschrift Bewerber/in: _____

Unterschrift 1. Angehörige: _____