

Anmeldung Demenzabteilung Obesunne

1. Anmeldung

- a. ☐ für Daueraufenthalt vorsorglich
- b. ☐ für Daueraufenthalt (es besteht aktuell begründeter Bedarf für einen Eintritt)
- c. ☐ für Entlastungszimmer von Datum: bis Datum:
- d. ☐ Tagesaufenthalt Demenzabteilung ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So
- e. ☐ Nachtaufenthalt Demenzabteilung ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

Sie erhalten nach Eingang der Anmeldung von uns eine schriftliche Bestätigung.

2. Personalien

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ / Ort:

Geburtsdatum: Heimatort (CH):

Telefonnummer: Email:

2.b weitere Angaben

Letzter ausgeübter Beruf:

Zivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ eingetragene Partnerschaft
☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

Konfession: ☐ protestantisch ☐ römisch-katholisch
☐ andere ☐ konfessionslos

AHV-Nummer: Ausgleichskasse:

Beziehen Sie eine ☐ Ergänzungsleistung ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie eine ☐ Hilflosenentschädigung ☐ ja ☐ nein

Nachweis Restkostenfinanzierung bei ausserkantonaler Wohnsitzgemeinde ☐ ja ☐ nein

Steuerpflicht (Alter über 20) im Kanton Baselland insgesamt 5 Jahre oder mehr ☐ ja ☐ nein
 (Angabe für die allfällige Einforderung der gesetzlichen Subventionsverzinsung, Konditionenblatt Punkt 9.)

☐ Für ausländische Staatsangehörige Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen

3. Krankenkasse (Angaben ergänzen oder Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

Krankenkasse: Mitglied-/Kunden-Nummer:

Kartennummer: 807_

Ablaufdatum BAG-Nr.:

4.a Hausarzt / Hausärztin

Name: Vorname:

PLZ / Ort: Telefonnummer:

5. Kontaktangaben (gesetzliche) Vertretung

☐ Die Korrespondenz- / Kontakt-Person ist die angemeldete Person selber oder

☐ Die Korrespondenz- / Kontakt-Person ist

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ / Ort:

Telefonnummer..... Email:

Bezug:

5.b Weitere Angehörige / Vertrauenspersonen

1. Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ / Ort:

Telefonnummer..... Email:

Bezug:

2. Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ / Ort:

Telefonnummer..... Email:

Bezug:

6. Gesundheitsfragen

a. Können Sie noch selbständig Ihre persönlichen Angelegenheiten regeln und den Alltag gestalten ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

b. Können Sie selbständig gehen / sich bewegen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein
Benutzen Sie Hilfsmittel, wenn ja welche:

c. Können sie selbständig Essen und Trinken? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein
Hilfsmittel, wenn ja welche: ☐ Spezialkost/Diät

d. Können sie sich selbständig An- und Ausziehen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

e. Können Sie selbständig Ihren Körper pflegen ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

f. Können Sie selbständig auf die Toilette gehen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

g. Nutzen Sie zurzeit Spitexleistungen? ☐ ja ☐ nein
Aufgabe(n) der Spitex:

h. Gibt es noch weitere unterstützende Personen? ☐ ja ☐ nein

Wer? Aufgaben:
.....

7. Finanzierung des Aufenthalts im Pflegeheim

Sie können eine Informationsbroschüre zu Leistungen, Kosten und zur Finanzierung eines Pflegeplatzes im Kanton Baselland auf der Homepage von Curaviva Baselland („Die Finanzierung eines Pflegeheimplatzes“) einsehen.

8. Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

Anmeldung ausgefüllt durch Datum:

Schicken Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular an
Stiftung Obesunne, Bromhübelweg 15, 4144 Arlesheim oder an info@obesunne.ch
Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Durch die Anmeldung entstehen beidseitig keine Verpflichtungen.