Tagesbetreuungen am Egliseeholz

Fasanenstrasse 221, 4058 Basel**, Tel. EGH:** 061 681 41 80, **Tel. T65+:** 061 331 18 44, Tel. Sternenhof: 061 271 07 17,
E-Mail: egh@sternenhof.ch / teamt65+@sternenhof.ch

☐ **EGH** ☐ **T65+**

☐ Frau / ☐ Herr

Name / Vorname: _____

PLZ / Ort / Strasse / Hausnr.: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand / Konfession: _____

Heimatort: _____

AHV-Nr.: _____

Name der Krankenkasse: _____

KK-Versicherungsnummer: _____

KK-Kartennummer: _____ **Gültig bis:** _____

Hausarzt / Hausärztin: _____ Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

Einweisender Arzt / Ärztin: _____ Tel. Nr.: _____

Angehörige / Ansprechpersonen (PLZ, Ort, Strasse, Hausnr., Tel. Nr., E-Mail)

1.
☐ Ehepartner/in ☐ Tochter/Sohn
☐ Rechnungsempfänger/in ☐ Beistand

2.
☐ ☐ Tochter/Sohn
☐ Rechnungsempfänger/in ☐ Beistand

Spitexdienst: PLZ, Ort, Strasse, Hausnr., Tel. Nr., E-Mail-Adresse

Eintrittsdatum / gültig ab: _____

Anzahl Wochentage: _____

Wird **Transportdienst** gewünscht?
(Falls JA - bitte Formular *Ärztliches Attest für den Transport* ausfüllen!)

☐ NEIN
☐ JA

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: _____

Anmeldung durch Arzt / Ärztin: Name / Vorname _____

Hauptdiagnosen:	Nebendiagnosen:

Verordnungen Medikamente

Reguläre verordnete Medikation	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Reservemedikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht