

Tagesbetreuungen Luzernerring

Luzernerring 94, 4056 Basel, Tel. 061 313 23 23 / 061 271 07 17, E-Mail: team.tbhg@sternenhof.ch

☐ **Grossgruppe**

☐ **Kleingruppe**

☐ 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-Adresse)

1.		2.	
<input type="checkbox"/> Ehepartner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/in	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/in	<input type="checkbox"/> 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!)

☐ JA
☐ NEIN

Datum:

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin:

Anmeldung durch Arzt / Ärztin: Name / Vorname

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

Verordnungen Medikamente

<u>Reguläre verordnete Medikation</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

<u>Reservemedikamente</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht