



Anmeldeformular

Alters- und Pflegeheim Zum Park Tramstrasse 83 4132 Muttenz Telefon 061 461 00 00 Fax 061 465 62 17	Aktuelles Foto (fakultativ)
Eingang der Anmeldung:	
Termin für Informations-, Aufnahmegespräch:	

Name (-Frauenname)	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Konfession	
AHV-Nr.	
Früherer Beruf / Tätigkeit	
Krankenkasse / Versicherungsnummer	
Zivilstand <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Konkubinat <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> getrennt seit:	
Heimatort / Bürgerort	
Wohnhaft in Muttenz seit	
Wohnhaft im Kanton BL seit	
Aktuelle Wohnadresse (Strasse, PLZ, Ort)	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:

Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> dringlich	Sie erklären sich dazu bereit, bei einem passenden Zimmerangebot innerhalb von ca. sieben Tagen ins APH einzutreten. Datum / Unterschrift: _____
<input type="checkbox"/> vorsorglich	Ihre Angaben sind bei uns registriert. Wir warten auf Ihren Wunsch, dringlich aufgenommen zu werden.

Bei dringlichen Anmeldungen bitte ein aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Hausärztin / Hausarzt (Adresse, PLZ, Ort)
Weitere Ärztinnen / Ärzte (Adresse, PLZ, Ort)

Angehörige / Vertrauenspersonen / gesetzliche Vertretungen Verwandtschaftsgrad, Art der Beziehung bitte angeben	
Zuständige Person für die Regelung von sozialen Angelegenheiten (für uns die 1. Ansprechperson):	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:
Zuständige Person für die Regelung von finanziellen Angelegenheiten:	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:
Zustelladresse für Rechnungen:	
Weitere Bezugsperson:	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:
Weitere Bezugsperson:	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:
Weitere Bezugsperson:	Tel.-Nr.: Handy-Nr.: E-Mail:

Gründe für Ihre Anmeldung:

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

Fragen zur Finanzierung des Aufenthaltes

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein

.....

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? ja nein

.....

Haben Sie sich in anderen Institutionen angemeldet? Wenn ja, in welchen?

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

Ort, Datum: Unterschrift(en):

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Angaben, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.