

Dringende Anmeldung für: **LANGZEIT** **KURZZEIT** von bis

Personalien*:

| | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------|--|
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | AHV-Nr.: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Nationalität*: | | Heimatort*: | |
| Zivilstand: | | Geburtsort: | |
| Konfession: | | Beruf ehemals: | |
| Gemeldet am Wohnsitz seit: | | Wohnhaft im Kanton BL seit: | |

*Bitte Kopie von ID/Pass und wenn vorhanden des Familienbüchleins am Empfang abgeben.

Krankenkasse*:

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------|--|
| Krankenkasse: | | Versicherten-Nr.: | |
| Versicherten-kartenummer (VEKA): | | Karte gültig bis: | |

*Bitte Kopie der aktuell gültigen Krankenkassenkarte am Empfang abgeben.

Hausarzt*:

| | | | |
|---------------|--|-----------|--|
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Telefon: | | E-Mail: | |

*Bei Hausarzt ausserhalb der Versorgungsregion: Bitte klären Sie mit Ihrem Hausarzt, ob dieser die Behandlung weiterhin im GRITT übernimmt (Betreuung/Visite).

Weitere Angaben:

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Patientenverfügung vorhanden*? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgeauftrag vorhanden*? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Reanimation (bei Herzstillstand) gewünscht? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

*Bitte Kopien am Empfang abgeben.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Name und Adresse der Ausgleichskasse: | | |
| Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Beziehen Sie bereits Hilfflosenentschädigung? (HE leicht ist im Heim nicht mehr möglich) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| | Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer <input type="checkbox"/> | |
| Spitexbetreuung vor Eintritt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Primärkontakt Bezugsperson Finanzen:

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Verwandtschaftsgrad: | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Telefon Privat: | | Telefon Geschäft: | |
| Natel: | | E-Mail: | |
| Bankvollmacht vorhanden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |

Primärkontakt medizinische Bezugsperson:

| | | | |
|---|--|--|--|
| Verwandtschaftsgrad: | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Telefon Privat: | | Telefon Geschäft: | |
| Natel: | | E-Mail: | |
| Information gewünscht bei med. Ereignissen: | <input type="checkbox"/> Tag 07:00 – 22:00 Uhr | <input type="checkbox"/> Nacht 22:00 – 07:00 Uhr | |

Primärkontakt Bezugsperson Alltagsgestaltung:

| | | | |
|----------------------|--|-------------------|--|
| Verwandtschaftsgrad: | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Telefon Privat: | | Telefon Geschäft: | |
| Natel: | | E-Mail: | |

Primärkontakt Bezugsperson Krisenmanagement:

| | | | |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| Verwandtschaftsgrad: | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Strasse, Nr.: | | PLZ, Ort: | |
| Telefon Privat: | | Telefon Geschäft: | |
| Natel: | | E-Mail zwingend erforderlich | |

Personen, welche keinesfalls vom GRITT kontaktiert werden sollen (10ff):

Rechnungsadresse (Zustelladresse):

| | |
|--------------------------------------|--|
| Rechnungsadresse für Monatsrechnung: | |
| | |

Zusatzleistungen:

| | | |
|--|--|---|
| <p><u>Telefon:</u> (Angebot bei Kurzzeit inkl.)</p> <p>Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer? (CHF 25.00 pro Monat, Gespräche Schweiz inkl.):</p> | <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>(Sie erhalten eine eigene Nr.)</p> | <p>nein <input checked="" type="checkbox"/></p> |
| <p><u>Tresor:</u> (Angebot bei Kurzzeit nicht möglich)</p> <p>Wünschen Sie einen Zimmertresor? (Miete CHF 5.00 pro Monat)</p> | <p>ja <input type="checkbox"/></p> | <p>nein <input type="checkbox"/></p> |
| <p><u>Kühlschrank:</u> (Angebot bei Kurzzeit nicht möglich)</p> <p>Wünschen Sie einen Kühlschrank im Zimmer? (Miete CHF 10.00 pro Monat)</p> | <p>ja <input type="checkbox"/></p> | <p>nein <input type="checkbox"/></p> |
| <p><u>Bewohnerpost:</u></p> <p>Folgende Postregelung wird gewünscht:</p> | <p><input type="checkbox"/> Bitte sämtliche Post in das Bewohnerzimmer legen <i>kostenloser Service</i></p> | |
| | <p><input type="checkbox"/> Ich/wir holen die Post am Empfang ab. <i>Bearbeitungsgebühr von CHF 5.00 pro Monat.</i></p> | |
| | <p><input type="checkbox"/> Bitte senden Sie 2 x pro Monat die Post an die hinterlegte Zustelladresse für die Monatsrechnung. <i>Bearbeitungsgebühr von CHF 10.00 pro Monat.</i></p> | |
| <p><u>Wäsche:</u> Die Wäsche (alle Kleidungsstücke) wird ab einer Aufenthaltsdauer von über 2 Wochen durch das GRITT gekennzeichnet. Die Verrechnung erfolgt jeweils über die Monatsrechnung. Die Kosten betragen 90 Rappen pro Wäschestück.</p> | | |
| <p><u>Bilder:</u> Möchten Sie Bilder aufhängen? Bitte wenden Sie sich an das Pflegepersonal, um das Aufhängen von Bildern durch den technischen Dienst zu organisieren.</p> | | |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der ausgefüllten Angaben. Das aktuelle Tarifblatt habe ich erhalten und erkläre mein Einverständnis. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Anmeldung als verbindlich und mit Kostenfolge gilt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(des Bewerbers oder gesetzlichen Vertretung)

Für die Rücksendung des unterzeichneten Formulars vor Eintritt danken wir Ihnen. Ihre Angaben werden vertraulich und nach Vorgaben des Datenschutzgesetzes behandelt.

Umgang mit persönlichen Daten

Gemäss Datenschutzgesetz dürfen Daten zu Ihrer Person und Gesundheit nicht ohne Ihr Einverständnis bearbeitet, an Dritte weitergegeben oder eingeholt werden (z.B. Hausarzt*innen, Apotheke, Ärzte*innen oder Pflegefachpersonen in Spitälern sowie Vertreter*innen von Versicherungen). Darunter fallen Informationen zu Diagnosen, Medikation, Therapien, Unverträglichkeiten/Allergien oder zur Patientenverfügung. Damit wir eine auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Betreuung und Pflege gewährleisten können, sind wir auf den uneingeschränkten Informationsaustausch mit Dritten angewiesen.

Auch im GRITT-Alltag sowie zur Sicherstellung der allgemeinen Administration sind wir auf Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten angewiesen (Zimmerbeschriftung, Veröffentlichungen in der Hauszeitung, Bewohner*innen-Verzeichnis, Austausch mit Behörden etc.).

Veröffentlichung von Bildmaterial

Das GRITT Seniorenzentrum ist ein Ort der Begegnung mit vielen Aktivitäten und geselligem Beisammensein. Dabei entstehen Fotos der Menschen, die in der Institution leben und arbeiten. Damit wir dieses Bildmaterial allenfalls in unseren GRITT Medien (Homepage, Hauszeitung, Broschüren usw.) veröffentlichen dürfen, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ermächtigung «Umgang mit persönlichen Daten»

- Ja, ich ermächtige das GRITT meine Daten gemäss obiger Erklärung zu bearbeiten, weiterzugeben oder einzuholen.
- Nein, ich erteile mein Einverständnis nicht und nehme in Kauf, dass der eingeschränkte Informationsaustausch mit Dritten zu Verzögerungen führen kann.

Ermächtigung «Umgang mit Bildmaterial»

- Ja, Fotos, auf denen ich abgebildet bin, dürfen wie oben beschrieben veröffentlicht werden.
- Nein, ich möchte nicht, dass Fotos von mir veröffentlicht werden.

Die Ermächtigungen können jederzeit und ohne Angaben von Gründen schriftlich mit einem Schreiben an die Zentrumsleitung GRITT widerrufen werden.

Vorname, Name

Datum

Unterschrift

Bewohner/in

oder Vertretung