

TAGESBETREUUNG Im Gellert

Kapellenstrasse 10, 4052 Basel, Tel. 061/313 23 23, Fax 061 313 23 25
Homepage: www.sternenhof.ch E-mail: team.gellert@sternenhof.ch
edina.muslic@sternenhof.ch

ANMELDUNG Herr / Frau

(vom Arzt auszufüllen)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Zivilstand/Konfession: _____

Heimatort: _____

AHV- Nr.: _____

Krankenkasse / Nr.: _____

Hausarzt: _____ Tel. Nr. _____

Einweisender Arzt: _____ Tel. Nr. _____

Angehörige / Bezugsperson /en (Adresse / Tel. Nr.):

Ehepartner | Tochter/Sohn Ehepartner | Tochter/Sohn

1. _____ 2. _____

Spitexdienste – Adresse / Tel. Nr.:

Vorgesehenes Eintrittsdatum: _____

Gewünschte Wochentage: _____

Wird **Transportdienst** gewünscht? JA | NEIN

(Falls JA - bitte Blatt „Ärztliches Attest“ ausfüllen!)

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes

TAGESBETREUUNG Im Gellert

Kapellenstrasse 10, 4052 Basel, Tel. 061/313 23 23, Fax 061 313 23 25
 Homepage: www.sternenhof.ch E-mail: team.gellert@sternenhof.ch
edina.muslic@sternenhof.ch

Anmeldung: Name, Vorname: _____ durch den Arzt

Hauptdiagnosen:

Nebendiagnosen:

Verordnungen (z.B. Aktivierungstherapie, Bewegungstherapie)

Verordnete Medikamente

Fest	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Reserven	Morgen	Mittag	Abend	Nacht