

Tagesbetreuungen Luzernerring

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

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. | <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn | 2. | <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn |
| | <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger/in | <input type="checkbox"/> Beistand | | <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 |
|---------------------------|--------|--------|-------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |