

## Tagesbetreuungen am Egliseeholz

Fasanenstrasse 221, 4058 Basel, Tel. 061 681 41 80 / 061 271 07 17, E-Mail: [egh@sternenhof.ch](mailto:egh@sternenhof.ch)

EGH

T65+

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)

- |    |  |                                       |    |                                       |
|----|--|---------------------------------------|----|---------------------------------------|
| 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