

Anmeldung für: **Vorsorgliche Warteliste**

Personalien*:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		AHV-Nr.:	
Strasse, Nr.:		PLZ, Ort:	
Tel. Nr.:		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- kartennummer (VEKA):		Karte gültig bis:	

Hausarzt:

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

Weitere Angaben:

Patientenverfügung vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorsorgeauftrag vorhanden*?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Korrespondenz Adresse:

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

Medizinische Bezugsperson:

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

Anmeldung erfolgt:	Selbst <input type="checkbox"/>	Durch Angehörige <input type="checkbox"/>	KESB/ Beistand <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------	---	---

Bemerkung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der ausgefüllten Angaben. Ihre Angaben werden vertraulich und nach Vorgaben des Datenschutzgesetzes behandelt.

Bei einer Registrierung auf unserer vorsorglichen Warteliste werden Sie von uns nicht kontaktiert. Erst wenn die Anmeldung durch Sie auf dringend gewechselt wird, nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(des Bewerbers oder gesetzlichen Vertretung)

.....

.....