

Stammdatenblatt Langzeitpflege

Name, Vorname	
Eintritt am	
Zimmer / Wohnung	
Entlastungsaufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von: bis:
Aktuelle Adresse (vor Eintritt)	
Geburtsdatum	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Nationalität (Kopie ID/Pass oder bei ausländischen Personen Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)	
Zivilstand (wenn vorhanden, Kopie Familienbüchlein beilegen)	
Konfession	
Heimatort	
Beistandschaft (wenn ja Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Adresse bei Kontakte notieren, wie auch Form der Beistandschaft (Begleit-, Mitwirkungs-, Vertretungs- und umfassende Beistandschaft)
Patientenverfügung (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Verfügungen vorhanden, die für die irides AG relevant sind wie der Vorsorgeauftrag, Generalvollmacht, Exit etc.? (wenn ja, Kopie der Verfügung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialversicherungsnummer (AHV Nr.)	
Krankenkasse	
Krankenkassen Versichertennummer/ Policen Nr. (Kopie der KK Karte beilegen)	
Ergänzungsleistungen (Kopie der Verfügung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung (Kopie der Verfügung beilegen)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> in Bearbeitung
Spitex Pflege (über irides AG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blindenführhund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stammdatenblatt Langzeitpflege

Taschengeld Verwaltung durch irides AG (Vereinbarung Taschengeld der gesetzlichen Vertretung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betrag im Monat:
Registration bei KBB (vergünstigte Taxi-Fahrten für mobilitätseingeschränkte Personen, www.kbb-basel.ch)	<input type="checkbox"/> bereits registriert, Registrationsnummer: (bitte Kopie des Ausweises beilegen) <input type="checkbox"/> Information zur Registration erwünscht
Registration bei der Taxizentrale für eine Monatsrechnung?	<input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht
Heimrechnungs-Empfänger Name, Vorname: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Regelung des Postverkehrs Soll die Post durch die irides AG 1x wöchentlich weitergeleitet werden? Kostenpflichtig, gemäss Tarifordnung CHF 60/Monat	<input type="checkbox"/> selbstständig/selbstständig mit Unterstützung des sozialen Umfelds <input type="checkbox"/> verschlossene Post wird durch irides AG weitergeleitet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an wen? Name, Vorname Strasse PLZ/Ort E-Mail
Adressänderung erledigt wie folgt:	<input type="checkbox"/> Basel-Stadt: Meldung Einwohnerkontrolle <input type="checkbox"/> Kantonswechsel <input type="checkbox"/> Wochenaufenthalt in Basel-Stadt, aber in einer ausserkantonalen Gemeinde gemeldet (Heimatausweis beilegen)
Bankdaten betr. Rückzahlung Sicherheitsleistung:	Bank / Post:..... IBAN Nr.....
Kontakte (alle relevanten Kontaktpersonen aufführen, im Minimum eine 1. Kontaktperson/Notfallkontakt)	
1. Kontaktperson/Notfallkontakt <input type="checkbox"/> nur tagsüber erreichbar <input type="checkbox"/> tags und nachts erreichbar	Name, Vorname: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail: Beziehungsgrad:

Stammdatenblatt Langzeitpflege

2. Kontaktperson	Name, Vorname: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail: Beziehungsgrad:
Hausarzt/Hausärztin	Name, Vorname: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Beistand/Beiständin	Name, Vorname: Fachbereich: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Augenarzt/Augenärztin	Name, Vorname: Fachbereich: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Zahnarzt/Zahnärztin	Name, Vorname: Fachbereich: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen	Name, Vorname: Fachbereich: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail:
Weitere behandelnde Therapeuten/Therapeutinnen	Name, Vorname: Fachbereich: Adresse/PLZ Ort: Tel. Nr.: E-Mail: