

Anmeldung zum Gedächtnistraining für Menschen mit Demenz

Teilnehmer/in

Name und Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon / Handy

Geburtsdatum

Zivilstand

Ehemaliger Beruf

Kinder? Wenn ja, wie viele?

Aufgewachsen in

Kontaktperson (unbedingt ausfüllen)

Name und Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon / Handy

E-Mail

Beziehung zum Teilnehmenden

Zusätzliches

Bitte teilen Sie uns mit,

- an welchen Tagen ein Kursbesuch **MÖGLICH** ist
 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag
- ab welchem Datum Sie frühestens starten können
- an wen die Post inkl. Rechnung geschickt werden soll
 an Teilnehmer/in an oben genannte Kontaktperson
- ob Sie Mitglied bei Alzheimer Basel sind
 Ja Nein Ich will Mitglied werden (CHF 50.00 pro Jahr).

Bitte wenden

Einwilligung für neuropsychologische Angaben

Als Grundlage für die Zuteilung in die geeignete Gruppe dienen unserer Fachperson die neuropsychologischen Angaben (Untersuchungsbericht). Bitte füllen Sie eine der folgenden Optionen aus:

Ich (Vorname und Name) bestätige, dass ich den neuropsychologischen Bericht dem Anmeldeformular beilege.

Ich (Vorname und Name) erlaube Alzheimer beider Basel, beim zuständigen Arzt/bei der zuständigen Ärztin den neuropsychologischen Untersuchungsbericht einzuholen.

Name und Vorname des Arztes

Praxis / Klinik / Spital

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon

Die Kurskosten sind durch die Grundversicherung der Krankenkassen NICHT gedeckt. Allenfalls beteiligt sich die Zusatzversicherung. Eventuell haben Sie Anspruch auf Pflegebeiträge oder Hilflosenentschädigung. Falls Sie diesbezüglich Fragen haben, wenden Sie sich an unsere kostenlose Beratung (061 326 47 94).

Die Einteilung in die passende Gruppe kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Gerne werden wir Sie kontaktieren, um Ihnen die Gruppenzuteilung, Ihren ersten Termin und weitere Einzelheiten mitzuteilen. Bis dahin bitten wir Sie um ein wenig Geduld.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Daten für Updates, Einladungen zu Anlässen und Spendenbriefen von Alzheimer beider Basel verwenden. Eine Weiterleitung Ihrer Daten an Drittpersonen erfolgt nicht.

Datum:

Unterschrift der teilnehmenden Person:

.....

Wie wurden Sie auf unser Gedächtnistraining aufmerksam:

Memory Clinic Basel Bekannte, Freunde

Hausarzt/Hausärztin andere:

→ Bitte senden Sie diese Anmeldung an:

/ Alzheimer beider Basel | Im Westfeld 4 | 4055 Basel | 061 326 47 95 | info@alzbb.ch | alzbb.ch