

## 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

Teilnehmerinnen und Teilnehmer die unser breit gefächertes Angebot nutzen, zählen automatisch zum Mitgliederkreis von Alzheimer beider Basel (Einzelmitglied: Jahresbeitrag CHF 50.–)

**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 Teilnahmetermin 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