

Anmeldung Senevita Stockenhof

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

1 Anmeldung Pflegezentrum

- | | | | |
|--|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | | | |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (max. 90 Tage) | Garagenplatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ferien- und Entlastungsbett | Haustier | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

1.1 Bemerkungen zum Eintritt (Datum, Zimmerwunsch, etc.)

Die Zimmerzuteilung für das Pflegezentrum erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf der Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten im Haus. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

2 Personalien

Name	.....
Vorname	.....
Adresse	.....
PLZ, Ort	.....
Tel. Festnetz / Mobile /
E-Mail	.....
Geburtsdatum	.....
Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> Andere:
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
	<input type="checkbox"/> geschieden seit
	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft seit
Heimatort (CH) bzw. Geburtsort (Ausländer)	.....
Staatsangehörigkeit	.....
AHV-Nr.	.....
Kontoverbindung (IBAN Nr.)	.....

Letzter Wohnort (Adresse)

Wohnhaft in der Gemeinde seit

Letzte Wohnart (vor Eintritt) Privathaushalt Spital andere Institution

Betreuung durch Spitex vor Eintritt nein
 ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):

Name der Spitex

Adresse

PLZ, Ort

Ansprechperson

Tel.-Nr.

E-Mail

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht holen wir eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

3 Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

➔ In Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Ansprechperson

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Tel. P. Tel. G.

E-Mail Mobile

Tag und Nacht kontaktieren Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

2. Ansprechperson

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Tel. P. Tel. G.

E-Mail Mobile

Tag und Nacht kontaktieren Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

3. Ansprechperson

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Tel. P. Tel. G.

E-Mail Mobile

Tag und Nacht kontaktieren

Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

Bemerkungen

4 Hausarzt

➔ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Tel.-Nr. Mobile

E-Mail

5 Ausgleichskasse

Name

Adresse

6 Krankenkasse

➔ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

6.1 Grundversicherung

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Karten-Nummer

6.2 Zusatzversicherung

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Karten-Nummer

6.3 Versicherungsart

Allgemein Halbprivat Privat

7 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung

Policen-Nr.

8 Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung? ja nein
→ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag? ja nein
→ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

9 Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig? ja nein

→ Wenn nein, bitte gesetzliche Vertretung angeben:

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Tel. P. Tel. G.

E-Mail Mobile

10 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft? ja nein
→ Wenn ja, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen

11 Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2
 Ansprechperson 3 Treuhandbüro Beistand

Korrespondenz ist zu richten an:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewohner | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 1 | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 2 |
| <input type="checkbox"/> Ansprechperson 3 | <input type="checkbox"/> Treuhandbüro | <input type="checkbox"/> Beistand |

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich selbst | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 1 | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 2 |
| <input type="checkbox"/> Ansprechperson 3 | <input type="checkbox"/> Treuhandbüro | <input type="checkbox"/> Beistand |

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- ja nein

Beziehen Sie bereits Hilflosen-Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- ja nein

12 Zwingende Beilagen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis
- Sofern vorhanden:
 - Verfügung Ergänzungsleistungen
 - Verfügung Hilflosenentschädigung
 - Patientenverfügung (ZGB 370-373)
 - Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

13 Weitere Bemerkungen

14 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung verbindlich ist.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in