

Anmeldung Senevita Wangenmatt

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Zugunsten der optimalen Lesbarkeit, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1 Anmeldung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegezentrum | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> -Zimmerwohnung |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | 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 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dringlich ist | <input type="checkbox"/> vorsorglich erfolgt |
|--|--|

2.1 Dringliche Anmeldung (Eintritt so schnell wie möglich)

Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Eintritt bei einem freien Bett innert Wochenfrist nach Kontaktaufnahme mit unserer Administration.

2.2 Vorsorgliche Anmeldung

- Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung
 - Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung
 - Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):
-

3 Personalien

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Früherer Beruf oder Tätigkeit

Konfession

reformiert katholisch konfessionslos

Andere

ledig

verheiratet seit

Zivilstand

verwitwet seit

geschieden seit

eingetragene Partnerschaft seit

Geburtsort

Heimatort

Vorname und Name Mutter/Vater

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

Kontoverbindung (IBAN Nr.)

Tel. P.

Mobile

E-Mail

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.

Fax Nr.

E-Mail

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

4 Ausgleichskasse

Name

Adresse

5 Krankenkasse

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Karten-Nummer

Grundversicherung

Zusatzversicherung

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Karten-Nummer

Grundversicherung

Zusatzversicherung

5.1 Versicherungsart

Allgemein

Halbprivat

Privat

6 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung

Policen-Nr.

7 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

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner/in Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

Bemerkungen

8 Hausarzt

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name	.....	Vorname	.....
Strasse	.....	PLZ/Ort	.....
Tel.-Nr.	.....	Mobile	.....
E-Mail	.....	

9 Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt 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 |
| <input type="checkbox"/> Per LSV (Lastschriftverfahren) | | |

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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Beziehen Sie bereits Hilflosen Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

10 Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

→ Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

→ Wenn ja, welche?

.....

11 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

12 Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig? ja nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben:

Name	.....	Vorname	.....
Strasse	.....	PLZ/Ort	.....
Tel. P.	.....	Tel. G.	.....
E-Mail	.....	Mobile	.....

13 Beistandschaft

Sind Sie urteilsfähig? ja nein
→ Wenn nein, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen

14 Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen

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

15 Weitere Bemerkungen

16 Unterschriften

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in