

# Anmeldung Senevita Bernerrose

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

## 1 Anmeldung

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dringlich ist<br>(Anmeldung bitte komplett ausfüllen) | <input type="checkbox"/> vorsorglich erfolgt<br>(Bitte Punkt 1 / 2 / 5 / 6 / 14 ausfüllen) |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt Pflegeabteilung                       |  |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt Pflegeabteilung                        |  |
| <input type="checkbox"/> Tagesaufenthalt Pflegeabteilung                       |  |
| <input type="checkbox"/> Einstellhallenplatz gewünscht                         |  |

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

Die Zimmerzuteilung 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	_____		
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Staatsangehörigkeit	_____	Heimatort	_____
Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert	<input type="checkbox"/> konfessionslos	
	<input type="checkbox"/> katholisch	<input type="checkbox"/> andere	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig	
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt	

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Letzte Wohnart (vor Eintritt)  Privathaushalt  Spital  andere Institution

Betreuung durch Spitex vor Eintritt Name der Spitex  nein  ja

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ansprechperson Name und Vorname \_\_\_\_\_

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht holen wir bei dringenden Anmeldungen bei Bedarf eine Bestätigung der Spitex über deren Leistungsumfang ein.

### 3 Krankenkasse Grundversicherung bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_

Karten-Nummer \_\_\_\_\_

Karte gültig bis: \_\_\_\_\_

### 4 Haftpflichtversicherung bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Policen-Nr. \_\_\_\_\_

### 5 Hausarzt

Name/Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## 6 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 \_\_\_\_\_

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner/in    1. Ansprechperson    2. Ansprechperson

**Bemerkungen:**

## 7 Finanzierung des Aufenthaltes bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

- Bewohner/in                       1. Ansprechperson                       2. Ansprechperson  
 Beistand                               Andere

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?                       ja                       nein  
 in Bearbeitung

## 8 Verfügungen bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

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 bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Sind Sie urteilsfähig?                       ja                       nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben und Kopie der Vollmachtsregelung beilegen.:

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

## 10 Gesundheitsfragen bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?                       ja                       nein

→ Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?                       ja                       nein

→ Wenn ja, welche?

.....

## 11 Organisatorisches bei dringlicher Anmeldung ausfüllen

Tel. Anschluss  
CHF 25.--/Mt.  
(Kurzaufenthalt  
inbegriffen)

ja  nein

Badge

ja  nein

TV-Anschluss  
CHF 25.--/Mt.

ja  nein

Miete TV?

CHF 50.--/Mt.

ja  nein

Möblierung

Sessel  TV-Möbel  Tisch  Stuhl  Balkonmöbel  
 Bettaufrichter

Limite Barbezug

CHF 500.–pro Monat (Max.)

weniger

\_\_\_\_\_

## 12 Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsbericht von Spital sowie aktuelle Medi-Liste
- Kopie Krankenkassenkarte

→ Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)
- Covid19 Impfnachweis und Zertifikat

## 13 Weitere Bemerkungen

## 14 Unterschriften

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter/in

Bitte ausgefüllt und unterschrieben retour an die Senevita Bernerrose bzw. per Mail an [bernerrose@senevita.ch](mailto:bernerrose@senevita.ch)

Vielen Dank.