Anmeldung Senevita Sunnwies

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.

# Anmeldung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pflegezentrum |  | Betreutes Wohnen | | |
|  | Daueraufenthalt |  | Klicken für Text -Zimmerwohnung | | |
|  | Kurzaufenthalt |  | Garagenplatz | ja | nein |
|  | Ferien- und Entlastungbett |  | Haustier | ja | nein |

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

|  |
| --- |
| Klicken für Text |

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

# Verbindliche Anmeldung

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | dringlich ist |  | vorsorglich erfolgt |

## 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.

## 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):  Klicken für Text |

# Personalien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text | | |
| **Vorname** | Klicken für Text | | |
| **Adresse** | Klicken für Text | | |
| **PLZ, Ort** | Klicken für Text | | |
| **Geburtsdatum** | Datum | | |
| **Früherer Beruf oder Tätigkeit** | Klicken für Text | | |
| **Konfession** | reformiert  katholisch  konfessionslos | | |
| Andere | Klicken für Text | |
| **Zivilstand** | ledig | | |
| verheiratet seit | | Datum |
| verwitwet seit | | Datum |
| geschieden seit | | Datum |
| eingetragene Partnerschaft seit | | Datum |
| **Geburtsort** | Klicken für Text | | |
| **Heimatort** | Klicken für Text | | |
| **Vorname und Name Mutter/Vater** | Klicken für Text | | |
| **Staatsangehörigkeit** | Klicken für Text | | |
| **AHV-Nr.** | Klicken für Text | | |
| **Kontoverbindung (IBAN Nr.)** | Klicken für Text | | |
| **Tel. P.** | Klicken für Text | | |
| **Mobile** | Klicken für Text | | |
| **E-Mail** | Klicken für Text | | |
| **Letzter Wohnort (Adresse)** | Bitte genaue Adresse eintragen | | |
| **Wohnhaft in der Gemeinde seit** | Klicken für Text | | |
| **Letzte Wohnart** (vor Eintritt) | Privathaushalt  Spital  andere Institution | | |
| **Betreuung durch Spitex vor Eintritt** | nein  ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten): | | |
| **Name der Spitex** | Klicken für Text | | |
| **Adresse** | Klicken für Text | | |
| **PLZ, Ort** | Klicken für Text | | |
| **Ansprechperson** | Vorname und Name | | |
| **Tel.-Nr.** | Klicken für Text | | |
| **Fax Nr.** | Klicken für Text | | |
| **E-Mail** | Klicken für Text | | |

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

# Ausgleichskasse

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text |
| **Adresse** | Klicken für Text |

# Krankenkasse

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krankenkasse** | Klicken für Text | Grundversicherung  Zusatzversicherung |
| **Versicherungs-Nummer** | Klicken für Text | |
| **Karten-Nummer** | Klicken für Text | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krankenkasse** | Klicken für Text | Grundversicherung  Zusatzversicherung |
| **Versicherungs-Nummer** | Klicken für Text | |
| **Karten-Nummer** | Klicken für Text | |

## Versicherungsart

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allgemein | Halbprivat | Privat |

# Haftpflichtversicherung

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/ Adresse der Versicherung** | Klicken für Text |
| **Policen-Nr.** | Klicken für Text |

# Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

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

**1. Ansprechperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text | **Vorname** | Klicken für Text |
| **Adresse** | Klicken für Text | **PLZ/Ort** | Klicken für Text |
| **Tel. P.** | Klicken für Text | **Tel. G.** | Klicken für Text |
| **E-Mail** | Klicken für Text | **Mobile** | Klicken für Text |

|  |  |
| --- | --- |
| Tag und Nacht kontaktieren | Nur tagsüber kontaktieren |
| **Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** | Klicken für Text |

**2. Ansprechperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text | **Vorname** | Klicken für Text |
| **Adresse** | Klicken für Text | **PLZ/Ort** | Klicken für Text |
| **Tel. P.** | Klicken für Text | **Tel. G.** | Klicken für Text |
| **E-Mail** | Klicken für Text | **Mobile** | Klicken für Text |

|  |  |
| --- | --- |
| Tag und Nacht kontaktieren | Nur tagsüber kontaktieren |
| **Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** | Klicken für Text |

**3. Ansprechperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text | **Vorname** | Klicken für Text |
| **Adresse** | Klicken für Text | **PLZ/Ort** | Klicken für Text |
| **Tel. P.** | Klicken für Text | **Tel. G.** | Klicken für Text |
| **E-Mail** | Klicken für Text | **Mobile** | Klicken für Text |

|  |  |
| --- | --- |
| Tag und Nacht kontaktieren | Nur tagsüber kontaktieren |
| **Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** | Klicken für Text |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Korrespondenz ist zu richten an: | | | |
| Bewohner/in | Ansprechperson 1 | Ansprechperson 2 | Ansprechperson 3 |

**Bemerkungen**

|  |
| --- |
| Klicken für Text |

# Hausarzt

🡺 Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Klicken für Text | **Vorname** | Klicken für Text |
| **Strasse** | Klicken für Text | **PLZ/Ort** | Klicken für Text |
| **Tel.-Nr.** | Klicken für Text | **Mobile** | Klicken für Text |
| **E-Mail** | Klicken für Text | | |

# Finanzierung des Aufenthaltes

🡺 Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Rechnungsstellung erfolgt an: | | |
| Bewohner | Ansprechperson 1 | Ansprechperson 2 |
| Ansprechperson 3 | Treuhandbüro | Beistand |
| Per LSV (Lastschriftverfahren) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten? | | |
| Ich selbst | Ansprechperson 1 | Ansprechperson 2 |
| Ansprechperson 3 | Treuhandbüro | Beistand |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?  🡺 Wenn ja, bitte Verfügung beilegen | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beziehen Sie bereits Hilflosen Entschädigung?  🡺 Wenn ja, bitte Verfügung beilegen | ja | nein |

# Gesundheitsfragen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)? | ja | nein |
| 🡺 Wenn ja, welche? | Klicken für Text | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? | ja | nein |
| 🡺 Wenn ja, welche? | Klicken für Text | |

# Verfügungen

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  🡺 Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen | ja | nein |

# Urteilsfähigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Sie urteilsfähig? | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🡺 Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben: | | | |
| **Name** | Klicken für Text | **Vorname** | Klicken für Text |
| **Strasse** | Klicken für Text | **PLZ/Ort** | Klicken für Text |
| **Tel. P.** | Klicken für Text | **Tel. G.** | Klicken für Text |
| **E-Mail** | Klicken für Text | **Mobile** | Klicken für Text |

# Beistandschaft

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Sie urteilsfähig?  🡺 Wenn nein, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen | ja | nein |

# 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) |

# Weitere Bemerkungen

|  |
| --- |
| Klicken für Text |

# Unterschriften

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Klicken für Text Datum | | |
| Vorname, Name Bewohner/in | |  | Vorname, Name Vertreter/in |
|  | |  |  |
| Unterschrift Bewohner/in | |  | Unterschrift Vertreter/in |