

## Anmeldung Senevita Ahornpark

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

### 1 Anmeldung Pflegezimmer

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt (mind. 14 Tage max 90 Tage)

#### 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 Bewohner/in

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

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

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Tel. Festnetz / Mobile** \_\_\_\_\_

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

**Früherer Beruf oder Tätigkeit** \_\_\_\_\_

**AHV-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Konfession**  reformiert  katholisch  konfessionslos

Andere

**Zivilstand**

ledig

verheiratet seit \_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_\_

eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

**Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Heimatort** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_

**Kontoverbindung (IBAN Nr.)** \_\_\_\_\_

**Letzter Wohnort (Adresse)**

**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 bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

### 3 Hausarzt

Betreuung durch Hausarzt  Ja  Nein (bitte Hausarzt angeben)

**Name**

**Vorname**

**Strasse**

**PLZ/Ort**

**Tel.-Nr.**

**Mobile**

**E-Mail**

### 4 Ausgleichskasse

**Name**

**Adresse**

### 5 Krankenkasse

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

**Krankenkasse**

Grundversicherung

Zusatzversicherung

**Versicherungs-Nummer**

**Karten-Nummer**

**Krankenkasse**

Grundversicherung

Zusatzversicherung

**Versicherungs-Nummer**

**Karten-Nummer**

## 5.1 Versicherungsart

- Allgemein                       Halbprivat                       Privat

## 6 Haftpflichtversicherung

**Name/ Adresse der Versicherung** \_\_\_\_\_  
**Policen-Nr.** \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie Kopien der Policen der folgenden Sachversicherungen bei:

- Privathaftpflichtversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Einbruchsachversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Mobiliarversicherung (Abschluss freiwillig)

## 7 Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

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

### 1. Ansprechperson

Folgende Person wird gegenüber der Institution von der Schweigepflicht entbunden:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>Name</b> _____    | <b>Vorname</b> _____ |
| <b>Adresse</b> _____ | <b>PLZ/Ort</b> _____ |
| <b>Tel. P.</b> _____ | <b>Tel. G.</b> _____ |
| <b>E-Mail</b> _____  | <b>Mobile</b> _____  |

**Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** \_\_\_\_\_

### 2. Ansprechperson

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>Name</b> _____    | <b>Vorname</b> _____ |
| <b>Adresse</b> _____ | <b>PLZ/Ort</b> _____ |
| <b>Tel. P.</b> _____ | <b>Tel. G.</b> _____ |
| <b>E-Mail</b> _____  | <b>Mobile</b> _____  |

**Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** \_\_\_\_\_

### 3. Ansprechperson

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <b>Name</b> _____    | <b>Vorname</b> _____ |
| <b>Adresse</b> _____ | <b>PLZ/Ort</b> _____ |
| <b>Tel. P.</b> _____ | <b>Tel. G.</b> _____ |
| <b>E-Mail</b> _____  | <b>Mobile</b> _____  |

**Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad** \_\_\_\_\_

**Korrespondenz ist zu richten an:**

- Bewohner/in    Ansprechperson 1    Ansprechperson 2    Ansprechperson 3

## 8 Urteilsfähigkeit

Sind Sie hinsichtlich Vertragsabschluss urteilsfähig?       ja       nein

Vertretungsperson im Fall einer Urteilsunfähigkeit:

|                |       |                |       |
|----------------|-------|----------------|-------|
| <b>Name</b>    | _____ | <b>Vorname</b> | _____ |
| <b>Adresse</b> | _____ | <b>PLZ/Ort</b> | _____ |
| <b>Tel. P.</b> | _____ | <b>Tel. G.</b> | _____ |
| <b>E-Mail</b>  | _____ | <b>Mobile</b>  | _____ |

Die Vertretungsperson vertritt Sie als:

- die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.
- Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner, die/der einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet
- Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Tochter/Sohn, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Bruder/Schwester, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.

## 9 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?       ja       nein

→ (Wenn ja, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen)

## 10 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

## 11 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?  ja  nein  
→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

Beziehen Sie bereits Hilflosen Entschädigung?  ja  nein  
→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

## 12 Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?  ja  nein

→ Wenn ja, welche?  
.....

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?  ja  nein

→ Wenn ja, welche?  
.....

## 13 Zwingende Beilagen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport  
 Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details  
 Kopie Krankenkassenkarte  
 Police Privathaftpflichtversicherung  
 Police Einbruchsachversicherung

→ Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung / Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vorsorgeauftrag
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

## 14 Weitere Bemerkungen

## 15 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung verbindlich ist. Zusätzlich gibt die/der Unterzeichnende der Senevita Ahornpark die Einverständniserklärung und die Rechte an Fotos welche an Veranstaltungen und Anlässen erstellt werden. Jegliche Aufnahmen entstehen unter Wahrung und Würde der Privatsphäre.

Ort, Datum .....

.....  
Unterschrift Bewohner/in

.....  
Unterschrift Vertreter/in