

# Anmeldung Senevita Giesserei

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

### Pflegeabteilung:

- ☐ Daueraufenthalt
- ☐ Kurzaufenthalt
- ☐ Akut- und Übergangspflege

### Wohnung:

- ☐ Wohnung Nr. \_\_\_\_
- Garagenplatz ☐ ja ☐ nein
- Haustier ☐ ja ☐ nein

### 1.1 Bemerkungen zum Eintritt in die Pflegeabteilung (z.B. Zimmerwunsch, etc.)

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

## 2 Verbindliche Anmeldung Pflegeabteilung

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

- ☐ dringlich ist
- ☐ 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	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> Andere <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 .....	
Zivilstand		
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)	<input type="checkbox"/> Privathaushalt <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> andere Institution <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    (bitte nachfolgende Punkte beantworten):	
Betreuung durch Spitex vor Eintritt		
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 ..... ☐ 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. ....

## 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 Hilfen zur 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?  
Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

☐ ja

☐ nein

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

☐ ja

☐ nein

## 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

- ☐ Aktuelles Arztzeugnis, Überweisungsrapport, Verordnung (z.B. AüP)
- ☐ Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- ☐ Kopie Krankenkassenkarte

→ 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