

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		
Betreuung durch Spitex vor Eintritt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):		
Name der Spitäler			
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:

- 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

10 Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)? ja nein

→ Wenn ja, welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? ja nein

→ Wenn ja, welche?

11 Verfüγungen

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

- 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