

Anmeldung Pflegezimmer

EINLEITUNG

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

Objekt

Pflege-Einzelzimmer mit eigenem WC und Dusche (Nr. _____)

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt (max. 3 Monate)

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

→ *Die Zimmerzuteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.*

Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt der Unterzeichnende, dass die Anmeldung dringlich ist.

Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet:

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Konfession: reformiert katholisch keine andere

Sohn/Tochter des: _____ (Vorname und Name des Vaters)

Sohn/Tochter der: _____ (Vorname und Name der Mutter)

Zivilstand: ledig
 verheiratet seit _____
 verwitwet seit _____
 geschieden seit _____
 eingetragene Partnerschaft seit _____

AHV-Nummer: _____

Telefon privat: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Heimatort / Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsort: _____

Letzter Wohnort (genaue Adresse): _____

Wohnhaft in dieser Gemeinde seit: _____

Letzte Wohnform vor dem Eintritt: Privathaushalt Spital
 anderes Heim: _____

Spitex-Betreuung vor dem Eintritt: nein
 ja (Gemeinde: _____)

Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nummer: _____

Karte gültig bis: _____

Leistung: Allgemein Halbprivat Privat

→ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.

Haftpflichtversicherung

Name/Adresse der Versicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

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

1. Kontakt Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____
 Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

2. Kontakt Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____
 Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

3. Kontakt Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____
E-Mail: _____ Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____
 Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt

Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____
E-Mail: _____

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Augenarzt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____
E-Mail: _____

Zahnarzt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____
E-Mail: _____

Finanzierung

→ *bitte aktuelle, detaillierte Steuerveranlagung beilegen.*

Die Rechnungsstellung der Rechnung erfolgt an:

- Bewohner 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt
 Treuhandbüro via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- Bewohner 1. Kontakt 2. Kontakt 3. Kontakt
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Haben Sie jemals Schenkungen gemacht? ja nein

Besitzen Sie Grundeigentum? ja nein

Wenn ja, ist eine Liegenschaft selbstbewohnt durch:

Ehefrau / Ehemann eingetragen(e) Partner oder Partnerin

→ *Der/die Unterzeichnende erklärt mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass für die Bezahlung der Heimkosten vollumfänglich Garantie übernommen wird und entsprechende Sicherheiten vorhanden sind.*

Gesundheitsfragen

Sind Sie Raucher? ja nein

Benötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Spitexorganisation:

Name der Spitex: _____

Ansprechperson: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

→ *Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.*

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.*

Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand? ja nein

→ *wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.*

Diverse Wünsche

Zimmerschlüssel gewünscht: ja nein

TV-Gerät gewünscht: ja nein

Telefon gewünscht: ja nein

Montagearbeiten: ja nein

wenn ja, welche Leistungen: _____

Elektroarbeiten: ja nein

wenn ja, welche Leistungen: _____

Standardmöblierung entfernen: ja nein

wenn ja, was: _____

Wissenswertes zum TV Gerät

Die Senevita Limmatfeld verfügt in den Pflegezimmern über Multimedia Anschlüsse und keine KOAX Antennenanschlüsse. D.h. für das TV Grundangebot steht Satelliten TV zur Verfügung, welches nur auf dem offenen Code von Panasonic TV Geräten funktioniert. Wird auf Geräten anderer Marken (Samsung, Sony, etc.) das TV Basisangebot installiert, funktionieren die Geräte nicht mehr. Aus diesem Grund bieten wir den Bewohnenden Panasonic TV Geräte zur Miete an, sodass der Empfang der Sender gewährleistet ist.

Weitere Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschriften:

Bewerbende(r)

Vertreter(in)

Beilagen zur Anmeldung für ein Pflegezimmer

Zwingend vollständig beizulegen:

- Ärztliches Diagnoseblatt
- Verordnung vom Arzt (ärztliches Zeugnis)
- Überweisungsbericht (von Spitex)
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Kontoangabe für Depotrückzahlung

Sofern vorhanden:

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