

Anmeldeformular Pflegeabteilung

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.

1. Anmeldung

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt

Bemerkungen zum Eintritt (Datum, Zimmerwunsch)

Die Zimmerzuteilung für die Pflegeabteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch die Senevita Mülibach. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

2. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Konfession: reformiert katholisch keine andere _____

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

AHV-Nr.: _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Heimatort/Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Letzter Wohnort: _____
(bitte genaue Adresse angeben)

Wohnhaft in der Gemeinde seit: _____

Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt): Privathaushalt Spital
 anderes Heim _____

Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

3. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nr.: _____

allg. 1/2 privat privat _____

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

4. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: _____

Policen-Nr.: _____

5. Hausarzt

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Möchten Sie Ihren Hausarzt behalten? ja nein
Möchten Sie zu unserem Heimarzt wechseln? ja nein

Spitexbetreuung vor Eintritt: nein ja (bitte untenstehende Angaben ausfüllen)

Name der Spitex: _____

Ansprechperson: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

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

E-Mail: _____

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird die Senevita Mülibach eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

6. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

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

1. Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

2. Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

3. Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr. P: _____ Tel.-Nr. G.: _____

E-Mail: _____ Handy: _____

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

7. Finanzierung des Heimaufenthaltes

Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3
 Treuhandbüro Via LSV (Lastschriftverfahren)

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

Ich selbst Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein
→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja nein
→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

8. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

9. Diverse Wünsche

Fernseher: ja nein Gerät mieten: ja nein
Telefon: ja nein

10. Weitere Bemerkungen

11. Unterschriften

Mit der Anmeldung bestätige ich, die Anzahlung (Kurzzeit CHF 2'000.00 / Langzeit CHF 5'000.00) spätestens bis zum Eintrittsdatum zu leisten.

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

Ort, Datum: _____

Unterschriften:

Bewerbende

Vertreter(in)

Zwingende Beilagen:

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie Krankenkassenausweis
- Kopie Haftpflichtversicherungspolice

Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Kopie der Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Kopie des Vorsorgeauftrages
- Vollmachtserteilung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)
- Kopie Beistandschaftserklärung