

Eintrittsformular

1. Anmeldung

Pflegeabteilung

- Daueraufenthalt
 Kurzaufenthalt
 Ferien- und Entlastungsbett

Betreutes Wohnen

- ___ - Zimmerwohnung
 Garagenplatz: ja nein
 Haustier: ja nein

2. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit: _____

Konfession: reformiert katholisch keine andere

Zivilstand: ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden
 eingetragene Partnerschaft

AHV-Nr.: _____

Bankverbindung IBAN: CH _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Natel: _____

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 _____

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

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.

3. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nummer: _____

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. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

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

1. Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Telefon-Nr. Geschäft: _____

E-Mail: _____ Natel: _____

Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

2. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Telefon-Nr. Geschäft: _____
E-Mail: _____ Natel: _____
 Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

3. Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr. Privat: _____ Telefon-Nr. Geschäft: _____
E-Mail: _____ Natel: _____
 Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren
Verwandtschaftsgrad/Funktion: _____

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

6. Hausarzt

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

7. Finanzierung des Heimaufenthaltes

→ **Bitte aktuelle Steuerveranlagung der Staatsteuer beilegen**

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. 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

10. Sterbehilfe

Sind Sie bei einer Sterbehilfeorganisation (z.B. Exit) angemeldet? ja nein
→ wenn ja, bei welcher? _____

11. Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand? ja nein
→ wenn ja, bitte ein Kopie beilegen

12. Weitere Bemerkungen

13. Unterschriften

Ort, Datum: _____

Unterschriften: _____

Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen:

- aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis

Sofern vorhanden:

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

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.