

Anmeldung Senevita Pilatusblick

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

1. Personalien

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Konfession

reformiert katholisch konfessionslos

Andere:

Zivilstand

ledig verheiratet verwitwet

geschieden eingetragene Partnerschaft

Heimatort

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

Kontoverbindung
(Bank + IBAN Nr.)

Tel. P.

Mobile

E-Mail

Letzte Wohnart (vor Eintritt)

Privathaushalt Spital andere Institution

Betreuung durch Spitex vor
Eintritt

nein

ja (bitte nachfolgenden Punkt beantworten):

Name und Ort der Spitex

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht holen wir bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

2. Einzugsdatum

Wunschdatum:

3. Krankenkasse

➔ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und der Police Grundversicherung beilegen.

Krankenkasse

Versicherungs-Nummer

Karten-Nummer

4. Haftpflichtversicherung

→ Bitte Kopie der aktuellen Police der Haftpflichtversicherung beilegen.

Versicherung

Policen-Nr.

5. Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

1. Wichtigste Ansprechperson und Ansprechperson bei Notfällen

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P.

Tel. G.

E-Mail

Mobile

Tag und Nacht kontaktieren

Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

2. Weitere Ansprechperson

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P.

Tel. G.

E-Mail

Mobile

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

3. Weitere Ansprechperson

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Tel. P.

Tel. G.

E-Mail

Mobile

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

6. Hausarzt

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Tel.-Nr. Mobile

E-Mail

Wünscht Betreuung durch den Heimarzt ja nein

7. Finanzierung des Aufenthaltes

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2
 Ansprechperson 3 Treuhandbüro Beistand

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 Hilfflosen Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

ja nein

8. 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

9. Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?

ja nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben und eine Kopie der Vollmachtsregelung beilegen:

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

10. Zwingende Beilagen

- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Police Krankenkassen Grundversicherung
- Kopie Krankenkassenkarte beidseitig
- Kopie Police Haftpflichtversicherung

→ Sofern vorhanden:

- Vorsorgeauftrag
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)
- Aktuelles Arztzeugnis

11. Unterschriften

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in