

Anmeldeformular für ein Pflegezimmer

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

Pflegezentrum

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt

Bemerkungen zum Eintritt (Datum, Zeitraum, Zimmerwunsch)

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

2. Verbindliche Anmeldung

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

3. Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet:

4. 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-Nr.: _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Heimatort/Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort _____

Letzter Wohnort: _____ (genaue Adresse)

Wohnhaft in der Gemeinde seit: _____

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

Spitexbetreuung vor Eintritt: nein ja, Gemeinde _____

5. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

6. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nummer: _____

Karte gültig bis: _____

allg. 1/2 privat privat - _____

→ Bei der Anmeldung, bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.

7. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: _____

Policen-Nr.: _____

8. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

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

1. Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ 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: _____ 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: _____ 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

9. Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

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

E-Mail: _____

→ **Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.**

10. Augenarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

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

E-Mail: _____

11. Zahnarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

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

E-Mail: _____

12. Finanzierung

→ **bitte aktuelle, detaillierte Steuerveranlagung beilegen**

Die Rechnungsstellung der Rechnung 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**

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.

13. 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.

14. 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

15. Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand? ja nein

→ wenn ja, bitte ein Kopie beilegen

16. Diverse Wünsche

Zimmerschlüssel gewünscht: ja nein

Fernseher: ja nein Gerät mieten? ja nein

Telefon: ja nein

Montagearbeiten: ja nein
wenn ja, was? _____

Elektroarbeiten: ja nein
wenn ja, was? _____

Standardmöblierung entfernen? ja nein
wenn ja, was? _____

17. Weitere Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschriften:

Bewerbende

Vertreter(in)

Beilagen zu Anmeldung für ein Pflegezimmer

- Totalkosten der Krankenkassenprämie (Police)
- Ärztliches Diagnoseblatt
- Verordnung vom Arzt (ärztliches Zeugnis)
- Überweisungsbericht (von Spitex)
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Kontoangabe für Depotrückzahlung

Sofern vorhanden:

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