

Anmeldeformular

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

- | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> Garagenplatz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | <input type="checkbox"/> Haustier: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ferien- und Entlastungsbett | | | |

Bemerkungen zum Eintritt (Datum, 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 er möglichst bald eintreten möchte.

3. Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

4. 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 _____

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 Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

5. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: _____

6. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Karten-Nummer: _____

allg. 1/2 privat privat - _____

→ **Mit der Anmeldungen 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: _____

→ **Bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.**

10. 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 Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung? ja nein

11. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. 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**

13. Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand? ja nein

→ **wenn ja, bitte ein Kopie beilegen**

14. Weitere Bemerkungen

15. Unterschriften

Ort, Datum: _____

Unterschriften:

Bewerbende

Vertreter(in)

Beilagen:

- aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie Krankenkassenausweis

Sofern vorhanden:

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