

Anmeldeformular

für einen stationären/temporären Aufenthalt

Personalien und allgemeine Angaben	
Familienname (-lediger Name)	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort
Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Konfession	Heimatort (Kanton / Land)
Beruf	Zivilstand
Hausarzt	
Übertritt von	
<input type="checkbox"/> Institution (Spital, Klinik, etc.)	<input type="checkbox"/> Zuhause ohne Spitex
Name der Institution:	<input type="checkbox"/> Zuhause mit Spitex
Es werden bereits Ergänzungsleistungen ausbezahlt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird beantragt	
Es werden bereits Hilflosenentschädigung ausbezahlt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird beantragt	
Es besteht eine Patientenverfügung	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Kopien beilegen	
Es besteht ein Vorsorgeauftrag	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wo hinterlegt?	
Es besteht eine Beistandschaft	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde des Beistands beilegen.	
Name / Adresse des Beistandes:	

Angehörige, Bezugspersonen und weitere Adressaten		
Genauere Adresse und Telefonnummer von Angehörigen	Verwandtschaftsgrad	Tel.-Nummern
1)		
2)		

Rechnungsadresse (wenn Rechnung nicht an Bewohner geht)
Adresse Rechnungsempfänger

Krankenkasse/Versicherung (bitte unten angeben oder Kopie der Versicherungskarte beilegen)	
Name und Adresse der Krankenkasse bzw. Versicherung	
Sozialversicherungsnummer	
756.	
Mitgliedernummer / Versicherungsnummer	Karten-Nr. / VEKA-Nr. (80756...) 80756

Anmeldeformular

für einen stationären/temporären Aufenthalt

Verschiedenes			
Besondere Wünsche:			
Telefon im Zimmer:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	TV-Anschluss im Zimmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Durch das Case Management auszufüllen:	
zuständig	Aufenthaltsart
Eintritt am	<input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt
ca. Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt von _____ bis _____
kommend von:	<input type="checkbox"/> Tages- / Nachtaufenthalt Voraussichtliche Wochentage: MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/>
Station / Zimmer	
Heimarzt	
Familiäre Informationen	
Möblierung (Haus D)	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Eigene Möblierung
Bemerkungen	

Hinweis

Für das Weiterführen einer optimalen Betreuung benötigen wir zusätzlich **ein aktuelles Arztzeugnis, ein gültiges Medikamentenrezept sowie notwendige Pflege- und Therapieangaben.**

Ermächtigung zur Auskunft

Der/die Unterzeichnende(n) ermächtigt/en sämtliche Behörden und deren Amtsstellen, der Verwaltung des *süssbachs* Pflegezentrums die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Zahlungsverpflichtung

Der/die Unterzeichnende(n) verpflichtet/en sich, die Kosten für den Aufenthalt im *süssbach* Pflegezentrum gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Er/Sie bestätigt/en, die aktuell gültige Taxordnung erhalten zu haben und nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Betreuungsvertrag mit dem Bewohner und/oder dessen gesetzlichem Vertreter, abgeschlossen wird.

Unterschriften

Bewohner

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

In Vertretung

Name, Vorname: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

 Bitte Vorderseite beachten!