|  |
| --- |
| **Personalien und allgemeine Angaben** |
| Familienname (-lediger Name) | Vorname |
| Strasse / Nr. | PLZ / Wohnort |
| Geburtsdatum | Telefon-Nr. |
| Konfession | Heimatort (Kanton / Land) |
| Beruf | Zivilstand |
| Hausarzt |
| Übertritt von[ ]  Institution (Spital, Klinik, etc.) [ ]  Zuhause ohne Spitex [ ]  Zuhause mit SpitexName der Institution:  |
| Es werden bereits Ergänzungsleistungen ausbezahlt[ ]  ja [ ]  nein [ ]  wird beantragt | Es besteht eine Patientenverfügung[ ]  ja [ ]  nein falls ja, bitte Kopien beilegen |
| Es werden bereits Hilflosenentschädigung ausbezahlt[ ]  ja [ ]  nein [ ]  wird beantragtFalls ja, welches Grad: [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwer | Es besteht ein Vorsorgeauftrag[ ]  ja [ ]  nein falls ja, bitte Kopien beilegen |
| Es besteht eine Beistandschaft[ ]  ja [ ]  nein falls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde des Beistands beilegenName / Adresse des Beistandes:  |

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

|  |
| --- |
| **Rechnungsadresse** (wenn Rechnung nicht an Kunde geht) |
| Adresse Rechnungsempfänger |

|  |
| --- |
| **Krankenkasse Grundversicherung** (bitte Kopie der Versichertenkarte beilegen) |
| Name der Krankenkasse Grundversicherung |
| Sozialversicherungsnummer**756.** | Mitglieder-Nr. / Versicherten-Nr. |
| Karten-Nr. / VEKA-Nr. **(80756...)****80756** |
|  |
| **Zusatzversicherung - falls nicht identisch mit Grundversicherung** (bitte Kopie der Versichertenkarte beilegen) |
| Es ist eine Zusatzversicherung vorhanden[ ]  ja [ ]  nein |
| Name der Zusatzversicherung | Mitglieder-Nr. / Versicherten-Nr. |
| **Verschiedenes** |
| Besondere Wünsche:  |
| Telefon im Zimmer: [ ]  ja [ ]  nein | TV-Anschluss im Zimmer: [ ]  ja [ ]  nein |
| Wäsche waschen [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Durch das Case Management auszufüllen** |
| zuständig |       | **Aufenthaltsart** |
| Eintritt am  |       | [ ]  Stationärer Aufenthalt |
| ca. Uhrzeit  |       | [ ]  Kurzzeitaufenthalt von  bis  |
| kommend von: |       | [ ]  TagesaufenthaltVoraussichtliche Wochentage:MO [ ]  DI [ ]  MI [ ]  DO [ ]  FR [ ]  |
| Station / Zimmer |       |
| Heimarzt |       |
| FamiliäreInformationen |       |
| Möbilierung (Haus D)  | [ ]  Standard [ ]  Eigene Möbilierung |
| 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 der Süssbach Pflegezentrum AG die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

**Zahlungsverpflichtung**

Der/die Unterzeichnende(n) verpflichtet/en sich, die Kosten für den Aufenthalt in der SüssbachPflegezentrum AGgemäss 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 Pflege-
institution ein separater Betreuungsvertrag mit dem Kunden und/oder dessen gesetzlichen Vertreter,
abgeschlossen wird.

**Unterschriften**

**Kunde**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In Vertretung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_