|  |  |
| --- | --- |
| **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 Spitex  Name 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 beantragt  Falls 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 beilegen  Name / 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: |  | Tagesaufenthalt  Voraussichtliche Wochentage:  MO  DI  MI  DO  FR |
| Station / Zimmer |  | |
| Heimarzt |  | |
| Familiäre  Informationen |  | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_