|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.)  zu Hause ohne Spitex  zu Hause mit Spitex  Name der Institution: | | |
| Es werden bereits Ergänzungsleistungen ausbezahlt  ja  nein  wird beantragt | Es besteht eine Patientenverfügung  ja  nein falls ja, Kopie beilegen | |
| Es werden bereits Hilflosenentschädigung ausbezahlt  ja  nein  wird beantragt  Falls ja, welches Grad:  leicht  mittel  schwer | Es besteht ein Vorsorgeauftrag  ja  nein  Original ist hinterlegt (Ort): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Es besteht eine Beistandschaft  ja  nein falls ja, Kopie der Ernennungsurkunde des Beistands beilegen  Name / Adresse des Beistandes: | | |
| **Angehörige, Bezugspersonen und weitere Adressaten** | | |
| Vollständige Adresse und Telefonnummer von Angehörigen | Verwandtschaftsgrad | Tel.-Nummern / E-Mail |
| **1)** |  | **Tel:** |
|  |  | **E-Mail** |
| **2)** |  | **Tel:** |
|  |  | **E-Mail** |
| **Rechnungsempfänger** (wenn Rechnung nicht an Bewohnenden / Gast geht) | |  |
| **Adresse** | | **Tel:** |
| **E-Mail** |
| **Krankenkasse Grundversicherung** (bitte Kopie der Versichertenkarte beilegen) | | |
| Name der Krankenkasse Grundversicherung | | |
| Sozialversicherungsnummer  **756.** | Versicherten-Nr. | |
| Karten-Nr. / VEKA-Nr. **(80756...)**  **80756** | Karte gültig bis: | |
|  | | |
| **Zusatzversicherung - falls nicht identisch mit Grundversicherung** (bitte Kopie der Versichertenkarte beilegen) | | |
| Es ist eine Zusatzversicherung vorhanden  ja  nein falls ja, bitte unten nennen mit Versicherten-Nr. | | |
| Name der Zusatzversicherung | Karten-Nr. / VEKA-Nr. **(80756...)**  **80756** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verschiedenes** | |
| Besondere Wünsche: | |
| Telefon im Zimmer:  ja  nein | Fernseher-Anschluss im Zimmer:  ja  nein  **Eigenes Gerät** |
| Wäsche waschen:  ja  nein | Fernseher-Anschluss im Zimmer:  ja  nein  **Mietgerät vom *süssbach* (für max. 6 Wochen)** |
| Wäsche kostenpflichtig nähen:  Ja  nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durch das Case Management auszufüllen** | | |
| zuständig |  | **Aufenthaltsart** |
| Eintritt am |  | Stationärer Aufenthalt  (Mindestaufenthaltsdauer zwei Wochen) |
| ca. Uhrzeit |  | Befristeter Aufenthalt von       bis |
|  |  | Kurzzeitaufenthalt |
| kommend von |  | Tagesbetreuung  Voraussichtliche Wochentage:  MO  DI  MI  DO  FR |
| Haus / Zimmer |  | |
| Details Zimmer |  | |
| Heimarzt |  | |
| Akontozahlung | CHF        subsidiäre Kostengutsprache | |
| Vertrag an | Case Management  per Post an Fakturaempfänger | |
| Zimmerreservation |  | |
| 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 und Einverständniserklärung**

Der / die Unterzeichnende ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen, zuweisende Institutionen oder involvierte externe Dienstleister der Pflegezentrum Süssbach AG die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen. Die hinterlegte E-Mailadresse des Rechnungsempfängers darf für das gesicherte Portal der Ärztekasse verwendet werden, um die Rechnungskopien abzurufen.

**Zahlungsinformation**

Der / die Unterzeichnende bestätigt, die aktuell gültige Taxordnung mit den Kosten des Aufenthaltes erhalten zu haben und nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_