|  |
| --- |
| **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, Kopie beilegen |
| Es werden bereits Hilflosenentschädigung ausbezahlt[ ]  ja [ ]  nein [ ]  wird beantragtFalls ja, welches Grad: [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwer | Es besteht ein Vorsorgeauftrag[ ]  ja [ ]  nein falls ja, Kopie beilegen |
| Es besteht eine Beistandschaft[ ]  ja [ ]  nein falls ja, 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**  | Karte gültig bis:  |
|  |
| **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  |       | [ ]  Befristeter Aufenthalt von       bis       |
| kommend von: |       | [ ]  TagesbetreuungVoraussichtliche Wochentage:MO [ ]  DI [ ]  MI [ ]  DO [ ]  FR [ ]  |
| Haus / Zimmer |       [ ]  Alleinnutzung |
| Heimarzt |       |
| Akontozahlung | CHF       [ ]  subsidiäre Kostengutsprache |
| Vertrag an | [ ]  Case Management [ ]  per Post an Faktura Empfänger |
| Möblierung (Haus D)  | [ ]  Standard [ ]  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, zuweisende Institutionen oder involvierte externe Dienstleister der Süssbach Pflegezentrum AG die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

**Zahlungsinformation**

Der/die Unterzeichnende(n) bestätigt(en), 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_