|  |  |
| --- | --- |
| **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, Kopie 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, Kopie beilegen |
| Es besteht eine Beistandschaft  ja  nein falls ja, 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** | | 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: |  | Tagesbetreuung  Voraussichtliche 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_