

Anmeldung Senevita Ahornpark

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

1 Anmeldung Pflegezimmer

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt (mind. 14 Tage max 90 Tage)

1.1 Bemerkungen zum Eintritt (Datum, Zimmerwunsch, etc.)

Die Zimmerzuteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf der Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten im Haus. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

2 Personalien Bewohner/in

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. Festnetz / Mobile _____

E-Mail _____

Früherer Beruf oder Tätigkeit _____

Konfession reformiert katholisch konfessionslos

Andere

Zivilstand

ledig

verheiratet seit _____

verwitwet seit _____

geschieden seit _____

eingetragene Partnerschaft seit _____

Geburtsort _____

Heimatort _____

Staatsangehörigkeit _____

Kontoverbindung (IBAN Nr.) _____

Letzter Wohnort (Adresse) _____

Letzte Wohnart (vor Eintritt) Privathaushalt Spital andere Institution
Betreuung durch Spitex vor Eintritt nein
 ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):

Name der Spitex _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Ansprechperson _____
Tel.-Nr. _____
E-Mail _____

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht holen wir bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

3 Ausgleichskasse

Name _____
Adresse _____

4 Krankenkasse

➔ Bei dringlichen Anmeldungen bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

Krankenkasse _____ Grundversicherung
 Zusatzversicherung
Versicherungs-Nummer _____
Karten-Nummer _____

Krankenkasse _____ Grundversicherung
 Zusatzversicherung
Versicherungs-Nummer _____
Karten-Nummer _____

4.1 Versicherungsart

Allgemein Halbprivat Privat

5 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung

Policen-Nr.

Bitte legen Sie Kopien der Policen der folgenden Sachversicherungen bei:

- Privathaftpflichtversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Einbruchsachversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Mobiliarversicherung (Abschluss freiwillig)

6 Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

→ In Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Ansprechperson

Folgende Person wird gegenüber der Institution von der Schweigepflicht entbunden:

Name **Vorname**

Adresse **PLZ/Ort**

Tel. P. **Tel. G.**

E-Mail **Mobile**

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

2. Ansprechperson

Name **Vorname**

Adresse **PLZ/Ort**

Tel. P. **Tel. G.**

E-Mail **Mobile**

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

3. Ansprechperson

Name **Vorname**

Adresse **PLZ/Ort**

Tel. P. **Tel. G.**

E-Mail **Mobile**

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

Korrespondenz ist zu richten an:

- Bewohner/in Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

7 Urteilsfähigkeit

Sind Sie hinsichtlich Vertragsabschluss urteilsfähig? ja nein

Vertretungsperson im Fall einer Urteilsunfähigkeit:

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. P.	_____	Tel. G.	_____
E-Mail	_____	Mobile	_____

Die Vertretungsperson vertritt Sie als:

- die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.
- Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner, die/der einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet
- Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Tochter/Sohn, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Bruder/Schwester, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.

8 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft? ja nein

➔ (Wenn ja, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen)

9 Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung? ja nein

➔ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag? ja nein

➔ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

10 Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewohner | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 1 | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 2 |
| <input type="checkbox"/> Ansprechperson 3 | <input type="checkbox"/> Treuhandbüro | <input type="checkbox"/> Beistand |
| <input type="checkbox"/> Per LSV (Lastschriftverfahren) | | |

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich selbst | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 1 | <input type="checkbox"/> Ansprechperson 2 |
| <input type="checkbox"/> Ansprechperson 3 | <input type="checkbox"/> Treuhandbüro | <input type="checkbox"/> Beistand |

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

- ja nein

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

Beziehen Sie bereits Hilflosen Entschädigung?

- ja nein

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

11 Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

- ja nein

→ Wenn ja, welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

- ja nein

→ Wenn ja, welche?

12 Zwingende Beilagen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenkarte
- Police Privathaftpflichtversicherung
- Police Einbruchsachversicherung

→ Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung / Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vorsorgeauftrag
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

13 Weitere Bemerkungen

14 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung verbindlich ist. Zusätzlich gibt die/der Unterzeichnende der Senevita Ahornpark die Einverständniserklärung und die Rechte an Fotos welche an Veranstaltungen und Anlässen erstellt werden. Jegliche Aufnahmen entstehen unter Wahrung und Würde der Privatsphäre.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in