

## Anmeldung Senevita Aespliz

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Zugunsten der optimalen Lesbarkeit, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

### 1 Anmeldung

- Langzeitaufenthalt
- Kurzaufenthalt

### 2 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung

- dringlich ist
- vorsorglich erfolgt

#### 2.1 Dringliche Anmeldung (Eintritt so schnell wie möglich)

Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Eintritt bei einem freien Bett innert Wochenfrist nach Kontaktaufnahme mit unserer Administration.

#### 2.2 Vorsorgliche Anmeldung

- Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung
- Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung
- Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

## 3 Personalien

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Früherer Beruf oder Tätigkeit

Konfession

reformiert  katholisch  konfessionslos

Andere

ledig

verheiratet seit

Zivilstand

verwitwet seit

geschieden seit

eingetragene Partnerschaft seit

Heimatort

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

Tel. P.

Mobile

E-Mail

Wohnhaft in der Gemeinde seit

Wohnart

Privathaushalt  Spital  andere Institution

Betreuung durch Spitex

nein

ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):

Name der Spitex

Adresse

PLZ, Ort

Ansprechperson

Tel.-Nr.

Fax Nr.

E-Mail

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

## 4 Krankenkasse

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

Krankenkasse \_\_\_\_\_  Grundversicherung  
Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung  
Karten-Nummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_  Grundversicherung  
Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung  
Karten-Nummer \_\_\_\_\_

## 5 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung \_\_\_\_\_  
Policen-Nr. \_\_\_\_\_

## 6 Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

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

### 1. Ansprechperson

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 .....

### Bemerkungen

## 7 Hausarzt

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name	.....	Vorname	.....
Strasse	.....	PLZ/Ort	.....
Tel.-Nr.	.....	Mobile	.....
E-Mail	.....		

## 8 Finanzierung des Aufenthaltes

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         |

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

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?  ja  nein

## 9 Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein

## 10 Urteilsfähigkeit / Beistandschaft

Sind Sie urteilsfähig?  ja  nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben:

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

## 11 Weitere Bemerkungen

## 12 Unterschriften

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interessent/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter/in