

## Eintrittsformular Pflegeabteilung

### 1. Personalien

Vorname, Name

---

Strasse

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Konfession

- reformiert       katholisch  
 andere             konfessionslos

Zivilstand

- ledig                 verheiratet       verwitwet  
 geschieden       eingetragene Partnerschaft

Heimatort & Staatsangehörigkeit

---

AHV-Nr.

756.

---

Telefon Privat / Mobile

---

Bei welcher Gemeinde waren Sie zuletzt angemeldet?

---

Letzte Wohnart (vor Eintritt)

- Privathaushalt       Spital             andere Institution

### Spitex Betreuung vor Eintritt

- nein       ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten)

Name der Spitex

---

Adresse

---

PLZ, Ort

---

Ansprechperson

---

Telefonnummer

---

E-Mail

---

## 2. Zusätzliches

### Wäsche

**Der Wäscheservice ist in der Pflege inbegriffen.**

- Ja, ich möchte, dass meine Wäsche durch Senevita gewaschen wird  
(Einmalige Pauschale für das Beschriften der Wäsche, CHF 205.00)
- Nein, meine Wäsche wird privat gewaschen

## 3. Krankenkasse

**Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.**

### Grundversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer \_\_\_\_\_

Karten-Nummer \_\_\_\_\_

### Versicherungsart

- Allgemein       Halbprivat       Privat

## 4. Haftpflichtversicherung

**Bitte Kopie der aktuellen Haftpflichtversicherung beilegen.**

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Police-Nummer \_\_\_\_\_

## 5. Hausarzt

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie einen Wechsel zum Senevita-Hausarzt?**       Ja       Nein

## 6. Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

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

### 1. Ansprechperson / wichtigste Ansprechperson

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat / Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung \_\_\_\_\_

Kontaktieren  Tag und Nacht  Nur tagsüber

### 2. Ansprechperson

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat / Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung \_\_\_\_\_

Kontaktieren  Tag und Nacht  Nur tagsüber

### 3. Ansprechperson

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat / Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad/Beziehung \_\_\_\_\_

Kontaktieren  Tag und Nacht  Nur tagsüber

## 7. Finanzierung des Aufenthaltes

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

- Bewohner                       Treuhandbüro                       Beistand  
 Ansprechperson 1               Ansprechperson 2                       Ansprechperson 3

- Ich wünsche die **Bank**-Kontobelastung per LSV (Lastschriftverfahren), bitte Formular ausfüllen  
 Ich wünsche die **Post**-Financebelastung per Debit Direct, bitte Formular ausfüllen

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

- Ich selbst                       Treuhandbüro                       Beistand  
 Ansprechperson 1               Ansprechperson 2                       Ansprechperson 3

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

- nein               falls ja, **bitte Verfügung beilegen**

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?

- nein               falls ja, **bitte Verfügung beilegen**

## 8. Postverteilung

- Die gesamte Post geht an die eintretende Person  
 die Post (ausgenommen Werbung & Zeitungen) wird am Empfang abgeholt

Name der Person: \_\_\_\_\_

- Die Post (ausgenommen Werbung, Zeitungen & Stimmzettel) soll weitergeleitet werden:  
(gegen Verrechnung)

- Beistand     Rechnungsempfänger     Andere Adresse, welche: \_\_\_\_\_

## 9. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

- nein               falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

- nein               falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## 10. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?

- ja (**bitte eine Kopie beilegen**)                       nein

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?

ja (bitte eine Kopie beilegen)                       nein

## 11. Sterbehilfe

Sind Sie einer Sterbehilfeorganisation (z.B. Exit) angemeldet?

ja (bitte eine Kopie beilegen)                       nein

## 12. Beistandschaft

Haben Sie eine Beistandschaft?

ja (bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen)     nein

## 13. Zwingende Beilagen

- Kopie Identitätskarte/Reisepass
- Kopie Krankenkassenausweis
- Kopie der Haftpflichtversicherung

Sofern vorhanden:

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

## 14. Weitere Bemerkungen

---

---

## 15. Unterschriften

Ort und Datum: .....

.....  
Unterschrift Bewohner/in

.....  
Unterschrift Vertreter/in

**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.