

Anmeldung Senevita Wydenpark

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

- Daueraufenthalt Pflegezimmer
- Kurzaufenthalt Pflegezimmer
- Wohnung „Betreutes Wohnen“

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. 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

Zivilstand

- ledig verheiratet verwitwet
 geschieden eingetragene Partnerschaft

Geburtsort

Heimatort

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

Kontoverbindung (IBAN Nr.)

Tel. P.

Mobile

E-Mail

Letzter Wohnort (Adresse)

Wohnhaft in der Gemeinde seit

Letzte Wohnart (vor Eintritt)

- Privathaushalt Spital andere Institution
 nein
 ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):

Betreuung durch Spitex vor
Eintritt

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.

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

Tag und Nacht kontaktieren

Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad _____

2. Ansprechperson

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

Tag und Nacht kontaktieren

Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad _____

3. Ansprechperson

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

Tag und Nacht kontaktieren

Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad _____

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner/in

Ansprechperson 1

Ansprechperson 2

Ansprechperson 3

Bemerkungen

7. Hausarzt

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

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

8. Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung 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 |

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?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- ja nein

Beziehen Sie bereits Hilflösen Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- ja nein

9. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

→ Wenn ja, welche?

- ja nein

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

→ Wenn ja, welche?

- ja nein

10. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?

Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

- ja nein

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?

→ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

- ja nein

11. Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?

- ja nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben und eine Kopie der Vollmachtsregelung beilegen:

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

12. Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis

→ Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Vorsorgeauftrag
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)
- Police der Zusatzversicherung

13. Weitere Bemerkungen

14. Unterschriften

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in