

Anmeldung Senevita Güp

Pro Person bitte ein Formular ausfüllen

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

- | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegezentrum | <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | | |
| <input type="checkbox"/> 2.5 Zimmerwohnung | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | | |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Zimmerwohnung | Garagenplatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ferien- und Entlastungsbett | Haustier | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

Die Zimmerzuteilung für das Pflegezentrum 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dringlich ist | <input type="checkbox"/> 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.

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

Geburtsort

Heimatort

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

Kontoverbindung (IBAN Nr.)

Tel. P.

Mobile

E-Mail

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.

5 Krankenkasse

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

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

6 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung _____
Policen-Nr. _____

7 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

8 Hausarzt

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

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

9 Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

Bewohner

Ansprechperson 1

Ansprechperson 2

Ansprechperson 3

Treuhandbüro

Beistand

Per LSV (Lastschriftverfahren)

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

Ich selbst

Ansprechperson 1

Ansprechperson 2

Ansprechperson 3

Treuhandbüro

Beistand

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

ja

nein

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

Beziehen Sie bereits Hilflösen Entschädigung?

ja

nein

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

10 Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

ja nein

→ Wenn ja, welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

ja nein

→ Wenn ja, welche?

11 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

11 Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?

ja nein

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben:

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Tel. P.

Tel. G.

E-Mail

Mobile

12 Beistandschaft

Sind Sie urteilsfähig?

ja nein

→ Wenn nein, bitte Kopie der Vollmachtserteilung beilegen

13 Covid-19

Haben Sie die Impfung erhalten?

ja nein

→ Wenn ja, bitte Kopie vom Impfnachweis beilegen

14 Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis
- Sofern vorhanden:
 - Verfügung Ergänzungsleistung
 - Verfügung Hilflosenentschädigung
 - Patientenverfügung (ZGB 370-373)
 - Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

weitere Bemerkungen

15 Unterschriften

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in