

## Eintrittsformular - Betreutes Wohnen

### 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

---

E-Mail

---

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

---

### 2. Zusätzlich

#### Parkplatz

Wünschen Sie einen Parkplatz?

- ja (CHF 180.- /Monat)       nein

## Wäsche

- Die Wäsche soll durch Senevita gewaschen werden (gegen Verrechnung)
- Die Wäsche wird selber/privat gewaschen

## Haustier

Bringen Sie ein Haustier mit?  ja  nein

Art / Rasse: \_\_\_\_\_ Rufnamen: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

## 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  
 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. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

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

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

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

## 9. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?

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

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?

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

## 10. Sterbehilfe

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

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

## 11. Beistandschaft

Haben Sie eine Beistandschaft?

ja (bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen)     nein

## 12. 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)

## 13. Weitere Bemerkungen

---

---

## 14. 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.