

Anmeldung Senevita Dorfmat

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

1 Anmeldung Pflegezimmer

- Daueraufenthalt Haustier ja nein
 Kurzaufenthalt (max. 90 Tage) Tierart _____

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 Personalien Bewohner/in

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Wohnhaft in der Gemeinde seit _____

Tel. Festnetz / Mobile _____ / _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Konfession reformiert katholisch konfessionslos

Andere:

Zivilstand ledig

verheiratet seit _____

verwitwet seit _____

geschieden seit _____

eingetragene Partnerschaft seit _____

Heimatort (CH) bzw.
Geburtsort (Ausländer) _____

Staatsangehörigkeit _____

AHV-Nr. _____

Kontoverbindung (IBAN Nr.)
für Rückzahlungen _____

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 eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

3 Urteilsfähigkeit

Sind Sie hinsichtlich Vertragsabschluss urteilsfähig? ja nein

Vertretungsperson im Fall einer Urteilsunfähigkeit:

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Die Vertretungsperson vertritt Sie als:

- die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.
- Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner, die/der einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet
- Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Tochter/Sohn, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.
- Bruder/Schwester, welche/r der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.

Besteht eine Beistandschaft? ja nein
→ Wenn ja, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen

4 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

5 Kontaktangaben Angehörige und Ansprechpersonen

Ansprechperson 1

Folgende Person wird gegenüber der Institution von der Schweigepflicht entbunden:

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

Tag und Nacht kontaktieren Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

Ansprechperson 2

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

Tag und Nacht kontaktieren Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

Ansprechperson 3

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

Tag und Nacht kontaktieren Nur tagsüber kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad

6 Hausarzt

➔ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

7 Ausgleichskasse

Name
Adresse

8 Krankenkasse

➔ Bitte Kopie der Krankenkassenkarte sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

8.1 Grundversicherung

Krankenkasse
Versicherungs-Nummer
Karten-Nummer

8.2 Zusatzversicherung

Krankenkasse
Versicherungs-Nummer
Karten-Nummer

9 Sachversicherungen

➔ Bitte legen Sie Kopien der Policen der folgenden Sachversicherungen bei:

- Privathaftpflichtversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Einbruchsachversicherung (Abschluss zwingend, entfällt bei Urteilsunfähigkeit)
- Mobiliarversicherung (Abschluss freiwillig)

10 Finanzierung des Aufenthaltes

➔ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

- mich selber Ansprechperson 1 Ansprechperson 2
 Ansprechperson 3

Korrespondenz ist zu richten an:

- mich selber Ansprechperson 1 Ansprechperson 2
 Ansprechperson 3

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

- ich selber Ansprechperson 1 Ansprechperson 2
 Ansprechperson 3

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

ja

nein

Beziehen Sie bereits Hilflosen-Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

ja

nein

11 Zwingende Beilagen (in Kopie)

Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport

Letztgültige Steuerveranlagung inkl. Details

Krankenkassenkarte (Vor- und Rückseite)

Police Privathaftpflichtversicherung

Police Einbruchsachversicherung

→ Sofern vorhanden:

Police Zusatzversicherung Krankenkasse

Police Mobiliarversicherung

Verfügung Ergänzungsleistungen

Verfügung Hilflosenentschädigung

Patientenverfügung (ZGB 370-373)

Vorsorgeauftrag

Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

12 Bemerkungen

13 Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift bestätigt die/der Unterzeichnende, dass die Anmeldung verbindlich ist.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
Unterschrift Vertreter/in