

# Anmeldung Pflegezentrum

## PERSONALIEN

Name/lediger Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

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

In welcher Gemeinde sind Sie steuerpflichtig? \_\_\_\_\_

## ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

### 1. Bezugsperson (Vertrauensperson)

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

### 2. Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

### 3. Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

## RECHNUNGSSTELLUNG

Bewohner/in       Bezugsperson  1    2    3       an untenstehende Adresse

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

# Anmeldung Pflegezentrum

## VERSICHERUNGEN

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Karten-Nr. 807 \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

### Privat-Haftpflichtversicherung

Es ist Sache der Bewohnerin, des Bewohners, eine Privat-Haftpflichtversicherung abzuschliessen, um bei ungewollten Schäden an Personen oder Sachen, die Ansprüche Dritter zu decken.

## HAUSARZT

Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Macht Ihr Hausarzt Hausbesuche im Wohn- und Pflegezentrum?  Ja  Nein

## ADMINISTRATIVE FRAGEN

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Name/Adresse Beistand: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie	einen Telefonanschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	einen eigenen Briefkasten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	einen Zimmerschlüssel (Badge)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	einen Wertschublade-Schlüssel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	WLAN im Zimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Post/Korrespondenz an Bewohner

Bewohner/in abgeben  
 Rechnungsempfänger weiterleiten  
 monatlich mit Bewohner/in-Rechnung  wird regelmässig am Empfang abgeholt

## EINTRITT

Daueraufenthalt Gewünschter Eintrittstermin: \_\_\_\_\_

Kurzaufenthalt Gewünschter Eintrittstermin: \_\_\_\_\_

Tagesaufenthalt Wochentag(e): \_\_\_\_\_

Vorsorgliche Anmeldung (Kontaktieren Sie uns, wenn ein Eintritt konkret wird)

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Taxordnung Pflegezentrum und die Angaben auf diesem Formular zur Kenntnis genommen haben. Bei Eintritt in das Pflegezentrum wird ein separater Pensionsvertrag mit dem/der Bewohner/in abgeschlossen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Bewohner/in oder Vertreter/in \_\_\_\_\_