

## Anmeldung Senevita Stockenhof

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

### 1 Anmeldung Pflegezentrum

- |  |              |                             |                               |
|--|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt               |              |                             |                               |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt (max. 90 Tage) | 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 Personalien

Name	.....
Vorname	.....
Adresse	.....
PLZ, Ort	.....
Tel. Festnetz / Mobile	..... / .....
E-Mail	.....
Geburtsdatum	.....
Konfession	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> Andere:
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit .....
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit .....
	<input type="checkbox"/> geschieden seit .....
	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft seit .....
Heimatort (CH) bzw. Geburtsort (Ausländer)	.....
Staatsangehörigkeit	.....
AHV-Nr.	.....
Kontoverbindung (IBAN Nr.)	.....

Letzter Wohnort (Adresse) .....

Wohnhaft in der Gemeinde seit .....

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 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 .....

## Bemerkungen

## 4 Hausarzt

➔ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Tel.-Nr. .... Mobile .....

E-Mail .....

## 5 Ausgleichskasse

Name .....

Adresse .....

## 6 Krankenkasse

➔ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

### 6.1 Grundversicherung

Krankenkasse .....

Versicherungs-Nummer .....

Karten-Nummer .....

## 6.2 Zusatzversicherung

Krankenkasse .....

Versicherungs-Nummer .....

Karten-Nummer .....

## 6.3 Versicherungsart

Allgemein                       Halbprivat                       Privat

## 7 Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung .....

Policen-Nr. ....

## 8 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

## 9 Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?                       ja                       nein

→ Wenn nein, bitte gesetzliche Vertretung angeben:

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Tel. P. ..... Tel. G. .....

E-Mail ..... Mobile .....

## 10 Beistandschaft

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

## 11 Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung für die Staatsteuer beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt an:

Bewohner                       Ansprechperson 1                       Ansprechperson 2  
 Ansprechperson 3                       Treuhandbüro                       Beistand

Korrespondenz ist zu richten 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 Hilflosen-Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- ja       nein

## 12 Zwingende Beilagen

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

## 13 Weitere Bemerkungen

## 14 Verbindliche Anmeldung

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

Ort, Datum .....

.....  
Unterschrift Bewohner/in

.....  
Unterschrift Vertreter/in