

Anmeldeformular Heimeintritt

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Heimeintritt	<input type="checkbox"/> Kurzzeitaufenthalt
---------------	---------------------------------------	---

Personalien		
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Telefon		
Natel	E-Mail	@
Geburtsdatum		
Konfession	Heimatort	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Partnerschaft	
Wohnsitz (Schriftenort)		
Krankenkasse	Versichertenkarten-Nr.	
Krankenkassen-Nr. _ _ _ _ _ . _ _ _ _ _ . _ _ _ _ _		
AHV-Nr. 756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _		

Hausarzt / Hausärztin		
Praxisgruppe		
Name	Vorname	
Adresse		
PLZ/Ort	Telefon	
Wurde für Sie ein EPD (elektronischen Patientendossier) eröffnet?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wo?

Hilflosenentschädigung / Ergänzungsleistungen	
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen
Beziehen Sie Leistungen der IV?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen

Rechnungsempfänger / Korrespondenzadresse		
Name	Beziehungsgrad	
Vorname		
Adresse		
PLZ/Ort		
Telefon		
Natel	E-Mail	@

Gesetzliche Vertretung (bei Beistandschaft) → Ernennungsurkunde beilegen	
Name	
Vorname	Benachrichtigung <input type="checkbox"/> Tag / <input type="checkbox"/> Nacht
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Natel	E-Mail @

- Ich wünsche LSV (Lastschriftverfahren. Mit einer automatischen Kontoabbuchung helfen Sie uns, Verwaltungskosten zu sparen. Für Sie besteht dank Widerspruchsrecht kein Risiko.
- Ich bezahle die Rechnung ab Bankkonto/Postkonto

1. Bezugsperson		
Name	Beziehungsgrad	
Vorname	Benachrichtigung <input type="checkbox"/> Tag / <input type="checkbox"/> Nacht	
Adresse		
PLZ/Ort		
Telefon		
Natel	E-Mail	@

2. Bezugsperson		
Name	Beziehungsgrad	
Vorname	Benachrichtigung <input type="checkbox"/> Tag / <input type="checkbox"/> Nacht	
Adresse		
PLZ/Ort		
Telefon		
Natel	E-Mail	@

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Geschäfts- / Pflegedienstleitung beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gegenüber der Geschäfts- / Pflegedienstleitung.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Im Weiteren machen wir Sie darauf aufmerksam, dass mit der Entgegennahme dieses Aufnahmegesuches noch keine verbindliche Zusicherung für eine Aufnahme gegeben wird. Über die Aufnahme entscheidet der Geschäftsführer.

Der/die Unterzeichnende(r) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in die Pflegeinstitution ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird. Beim Eintritt ist eine Sicherheitsleistung gemäss gültiger Tarifübersicht zu hinterlegen.

Ort, Datum	Unterschrift (gesetzliche Vertretung)

- Kopie Krankenkassekarte
- Kopie Police der Krankenkasse
- Kopie Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Kopie Vorsorgeauftrag (falls vorhanden)
- Kopie Verfügung der AHV (Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung, Invalidenversicherung)
- Kopie Ernennungsurkunde (Beistandschaft)