

Anmeldeformular

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

- Gedrucktes Inserat Internet/Webseite Empfehlung durch Bekannte

Personalien:

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Adresse: Wohnort:

Krankenkasse:..... Telefon-Nr.:

Konfession: AHV Nr:.....

Eintrittsdatum: Eintrittszeit..... Zimmer Nr.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Langzeitpflege | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | <input type="checkbox"/> Ferien / Hotelgast |
| <input type="checkbox"/> 1-er Zi Kat.1 | <input type="checkbox"/> 2-Zimmerwohnung | <input type="checkbox"/> Garagenplatz |
| <input type="checkbox"/> 1-er Zi Kat.2 | <input type="checkbox"/> 3-Zimmerwohnung | <input type="checkbox"/> Haustiere |

Die Zimmerzuteilung für die Pflegeabteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

Hausarzt:.....

Einweisende Instanz:

Früherer Beruf oder Tätigkeit

Zivilstand: ledig verheiratet seit:..... verwitwet seit:.....
 geschieden seit:.....
 eingetragene Partnerschaft seit:

E-Mail

Heimat/Staatsangehörigkeit:.....

Geburtsort:

Letzter Wohnort:.....
(bitte genaue Adresse angeben)

Wohnhaft in der Gemeinde seit:

Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt): Privathaushalt anderes Heim.....
 Spital

Spitexbetreuung vor Eintritt: nein ja (bitte untenstehende Angaben ausfüllen)

Name der Spitex:.....

Ansprechperson:

Strasse / PLZ Ort:.....

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:.....

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

Urteilsfähigkeit und Beistandschaft:

- Beistandschaft bereits vorhanden: ja nein
- Begleitsbeistandschaft Vertretungsbeistandschaft
- Mitwirkungsbeistandschaft Umfassende Beistandschaft
- Vertretungsberechtigt per Vorsorgevertrag Vertretungsberechtigt per Patientenverfügung

.....
Name Beistand Tel.- Nr.

.....
Adresse Ansprechperson

Patientenverfügung vorhanden ja nein Vorsorgeauftrag vorhanden ja nein

Falls Ja, hinterlegt bei:

.....
Ist der Bewohner/ die Bewohnerin Urteilsfähig? ja nein

Falls nein, ist die Urteilsunfähigkeit abgeklärt?

ja nein ist in Abklärung

Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde ist bereits involviert? ja nein

.....
Name Tel.- Nr.

.....
Adresse Ansprechperson

Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt der Unterzeichnende, dass die Anmeldung

dringlich ist vorsorglich ist

Dringliche Anmeldung (so schnell als möglich)

Bei einer dringlichen Anmeldung erfolgt der Eintritt bei einem freien Bett innert Wochenfrist nach Kontaktaufnahme mit unsere Administration.

Vorsorgliche Anmeldung (nur Punkt 1-3 ausfüllen)

- Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung
- Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung

Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Name: Vorname:

Adresse: Wohnort:

Telefon-Nr. P: Telefon-Nr. G:

Handy: E-Mail:

- Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion:

2. Name: Vorname:

Adresse: Wohnort:

Telefon-Nr. P: Telefon-Nr. G:

Handy: E-Mail:

- Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion:

3. Name: Vorname:

Adresse: Wohnort:

Telefon-Nr. P: Telefon-Nr. G:

Handy: E-Mail:

- Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion:

Korrespondenz ist zu richten an:

- Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

Hausarzt

Name: Vorname:

Adresse: Wohnort:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Zahnarzt

Name: Vorname:

Adresse: Wohnort:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Letzte Zahnärztliche Untersuchung:

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Gesundheitsfragen

Benötigen Sie andere Kost (Diät)? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse:

Krankenkasse Grundversicherung

Name/Adresse der Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.: Karten-Nummer:

allg. 1/2 privat privat

Krankenkasse Zusatzversicherung

Name/Adresse der Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.: Karten-Nummer:

Bei dringlichen Anmeldungen bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.

Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung:

Policen-Nr.:

Weitere Bemerkungen

.....

Hotellerie

Wäscheversorgung: durch Senevita Gais Privat durch Angehörigen
(durch Senevita Gais: Pauschalpreis Beschriftung der persönlichen Wäsche CHF 200.00)

Telefonapparat installieren: ja nein

TV-Anschluss vorbereiten: ja nein

Internet: ja nein

Mittagsessen mit Angehörigen bei Eintritt (gegen Barzahlung/ auf Rechnung): Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Personen:

Menu mit Fleisch / Fisch Menu Vegetarisch

Bemerkungen:

Hilfsmittel

Benötigte Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator

Andere:.....

Technik und Unterhalt

Termin für Möbellieferung:

(Zufahrt via Haupteingang)

Verschiedenes

Seelsorge Erwünscht: Ja Nein

Beschriftung auf Informationstafel: Ja Nein

Finanzierung *(bitte aktuelle Steuerveranlagung der Staatsteuer beilegen)*

Beziehen sie Hilfslosenentschädigung: ja nein
(bitte Verfügung beilegen)

Beziehen sie Ergänzungsleistungen: ja nein
(bitte Verfügung beilegen)

Zahlungsverkehr via LSV ja nein

Kostengutsprache bei Ausserkantonale: ja nein

Die Rechnungsstellung der Heimrechnung erfolgt an:

Bewohner Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

Treuhandbüro Via LSV (Lastschriftverfahren)

