

Anmeldung Senevita Halten

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Zugunsten der optimalen Lesbarkeit, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. Anmeldung

- Daueraufenthalt
- Kurzaufenthalt
- Ferien- und Entlastungsbett

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. Verbindliche Anmeldung

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

- dringlich ist
- vorsorglich erfolgt

2.1 Dringliche Anmeldung (Eintritt so schnell wie möglich)

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

2.2 Vorsorgliche Anmeldung

- Voraussichtlicher Eintritt innerhalb eines halben Jahres nach Einreichen der Anmeldung
- Voraussichtlicher Eintritt später als ein Jahr nach Einreichen der Anmeldung
- Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet (freiwillige Angabe):

3. Personalien

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____
Früherer Beruf	_____
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 <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft
Geburtsort	_____
Heimatort	_____
Staatsangehörigkeit	_____
AHV-Nr.	_____
Kontoverbindung (IBAN Nr.)	_____
Tel. P.	_____
Mobile	_____
E-Mail	_____
Letzter Wohnort (Adresse)	_____
Wohnhaft in der Gemeinde seit	_____
Letzte Wohnart (vor Eintritt)	<input type="checkbox"/> Privathaushalt <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> andere Institution
Betreuung durch Spitex vor Eintritt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte nachfolgende Punkte beantworten):
Name der Spitex	_____
Adresse	_____
PLZ, Ort	_____
Ansprechperson	_____
Tel.-Nr.	_____
Fax Nr.	_____
E-Mail	_____

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht holen wir bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang ein.

4. Krankenkasse

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

Grundversicherung	_____
Krankenkasse	_____
Versicherungs-Nummer	_____
Karten-Nummer	_____
Zusatzversicherung	_____
Krankenkasse	_____
Versicherungs-Nummer	_____
Karten-Nummer	_____

5. Haftpflichtversicherung

Name/ Adresse der Versicherung	_____
Policen-Nr.	_____

6. 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 _____

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner/in Ansprechperson 1 Ansprechperson 2 Ansprechperson 3

Bemerkungen

7. Hausarzt

➔ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Tel.-Nr. _____ Mobile _____
E-Mail _____

8. Finanzierung des Aufenthaltes

→ Bitte aktuelle Steuerveranlagung beilegen.

Die Rechnungsstellung erfolgt 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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Beziehen Sie bereits Hilflosen Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

9. Gesundheitsfragen

Benötigen Sie spezielle Kost (Diät)?

→ Wenn ja, welche?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien?

→ Wenn ja, welche?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

10. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?

Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?

→ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

11. Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

→ Wenn nein, bitte gesetzlichen Vertreter angeben und eine Kopie der Vollmachtsregelung beilegen:

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

12. Zwingende Beilagen bei dringlichen Anmeldungen

- Aktuelles Arztzeugnis oder Überweisungsrapport
- Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung inkl. Details
- Kopie Krankenkassenausweis

→ Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Vorsorgeauftrag
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)
- Police der Zusatzversicherung

13. Weitere Bemerkungen

14. Unterschriften

Ort, Datum _____

Unterschrift Bewohner/in

Unterschrift Vertreter/in