

Anmeldeformular Pflegewohnen

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf, Schützenstrasse 1, 5416 Kirchdorf oder per E-Mail an info@vivale-kirchdorf.ch. Bei Fragen und Unklarheiten geben wir Ihnen gerne telefonisch unter +41 56 266 41 00 oder per E-Mail via info@vivale-kirchdorf.ch Auskunft.

Besten Dank.

Langzeitaufenthalt

Kurzaufenthalt

1 Kontaktdaten

Name	Vorname	
Geburtsdatum	AHV-Nr.	756.
Heimatort / Nationalität	Konfession	
Zivilstand		
Trärgemeinde (Schriften hinterlegt) PLZ	Ort	Kanton

2 Aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Wohnhaft seit

3 Adresse, von wo der Übertritt, falls nicht aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Eintritt aus einer Institution (wie Spital)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Ort Institution	

4 Gesetzliche Vertretung (Rechtsdelegation)

Keine Beistandschaft / Vorsorgebeauftragte/-r (Bitte Kopie Verfügung / Vorsorgeauftrag beilegen)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	

5 Rechnungsempfänger/-in

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Verwandtschaftsgrad / Beziehung

6 Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Ärztliche Betreuung durch:	<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Heimarzt/-ärztin

7 Krankenversicherung (bitte Kopie der Karte beilegen)

Krankenversicherung	Sektion/Ort
Versicherten-Nr.	
<input type="checkbox"/> Kopie von Krankenversicherungskarte (beidseitig) beigelegt	

8 Angehörige / Notfallkontakte

Erste Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

Zweite Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

9 Einverständnis Bild- und Tonaufnahmen

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

dass Vivale Kirchdorf Bild- und/oder Tonaufnahmen von meiner Person für den internen Gebrauch verwendet (z.B. interne Publikation von Bewohneranlässen, Ausflügen etc.)

10 Verfügungen / Bestätigungen / Finanzierung (bitte Kopie beilegen)

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung AHV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Separate Einbruchsachversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen
Unfallversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen
Zertifikat Covid-19 Impfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Elektronisches Patientendossier	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden

VacMe-Code: _____

11 Kontoinformationen

Bezahlung der Rechnung mit LSV+ ja nein

Name des Finanzinstituts

Adresse

IBAN Nr.

Lautend auf

12 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Angehörige / Freunde / Bekannte
- Beratung (Pro Senectute, Sozialdienst Spital, Spitex, Hausarzt/-ärztin usw.)
- Bewohnende/-r oder Pensionär/-in Vivale Neuhegi
- Öffentlicher Anlass im Haus / Messe / Ausstellung
- Zeitungsinserat
- Auf Empfehlung von:
- Anderes:

13 Empfangsbestätigung und Genehmigung

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit den Erhalt folgender Dokumente:

- Taxordnung Pflegewohnen;
- Dienstleistungen nach Bedarf für Bewohnende sowie Pensionäre und Pensionärinnen;
- Hausordnung;
- Merkblatt Beschwerdemöglichkeiten;
- Rechte unserer Bewohnenden.

Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars akzeptiert er/sie den Inhalt der vorgenannten Dokumente.

Hinweis

Post für die Bewohnenden, welche in das Seniorenzentrum Vivale Kirchdorf gesendet wird, werden wir der jeweiligen Empfängerin oder dem jeweiligen Empfänger aushändigen. Wir bitten Sie, bei aller Korrespondenz, die an eine Vertretung gehen soll, eine entsprechende Adressänderung vorzunehmen. Vielen Dank.

14 Gewünschter Einzugstermin

Anmeldung erfolgt vorsorglich

Eintritt gewünscht per _____

Datum _____

Unterschrift _____

15 Zusatz für Kurzeitaufenthalter/-innen

Mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars gibt der/die Kurzeitaufenthalter/-in sein/ihr Einverständnis, dass die Institution persönliche Daten, insbesondere auch über seinen/ihren Gesundheitszustand, bearbeiten, erheben und (elektronisch) aufbewahren darf. Die Bearbeitung der Personendaten der Bewohnenden beschränkt sich auf den Umfang, welcher für Kurzeitaufenthalte (insbesondere auch im Rahmen der Bedarfsklärung) notwendig ist. Der/die Kurzeitaufenthalter/-in entbindet die sie/ihn behandelnden Ärzte und das Pflegefachpersonal von allfälligen Berufsgeheimnissen und Schweigepflichten. Nur so sind die bestmögliche Pflegebedarfsabklärung, medizinische Versorgung und Pflege im Einzelfall gewährleistet.

Der/die Kurzeitaufenthalter/-in nimmt zur Kenntnis und erteilt mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars gleichzeitig sein/ihr Einverständnis dazu, dass die Institution in Einzelfällen in Zusammenhang mit den erbrachten und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen gesetzlich verpflichtet ist, dem Versicherer zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu erteilen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Die Offenbarungspflicht kann die vollständige Dokumentation der erbrachten Leistungen beinhalten, wenn diese Angaben für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung durch den Versicherer notwendig und geeignet sind. Der/die Kurzeitaufenthalter/-in hat das Recht, die Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken (Art. 42 Abs. 5 KVG). Nimmt der/die Kurzeitaufenthalter/-in dieses Recht zur Beschränkung der Einsicht auf den Vertrauensarzt nicht wahr, gewährt die Institution dem Versicherer (ohne Beschränkung auf den Vertrauensarzt) Einsicht in die notwendigen und geeigneten Akten. Die Institution ist in diesem Fall von allfälligen gesetzlichen Berufsgeheimnissen und Schweigepflichten entbunden.

Bei Vorhandensein eines elektronischen Patientendossiers (EPD) informiert der/die Kurzeitaufenthalter/-in die Institution über deren Zugriffsrechte, damit diese über die für eine bestmögliche Pflege und medizinische Unterstützung erforderlichen Dokumente verfügen und ihrerseits gemäss den Vorschriften zum EPD ihren Pflichten nachkommen kann. Dabei orientiert sich die Institution an den nationalen und kantonalen Gesetzen und den behördlichen Empfehlungen. Die Institution stellt sicher, dass persönliche Daten – auch bezüglich Patientendossier – gemäss den Vorgaben der Datenschutzgesetzgebung verwaltet werden.

Der/die Kurzeitaufenthalter/-in erklärt sich mit der Verwendung von Fotos einverstanden, welche zum Beispiel an festlichen Anlässen aufgenommen werden, namentlich für interne Zwecke, Publikationen in Printmedien und online. Lehnt der/die Kurzeitaufenthalter/-in die Verwendung von Fotoaufnahmen kategorisch ab, muss er/sie dies der Institution beim Eintritt ausdrücklich mitteilen.

Die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf wird mit Unterzeichnung des Anmeldeformulars bevollmächtigt, für den/die Bewohnende/-n alle eingeschriebenen Postsendungen, einschliesslich Gerichts- und Betreuungsurkunden, Zahlungsanweisungen etc., entgegenzunehmen. Die Bevollmächtigung der Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf zur Entgegennahme von Einschreiben für den/die Bewohnende/-n kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat schriftlich zu erfolgen und ist an die Geschäftsführung der Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf zu adressieren. Der/die Bewohnende nimmt zur Kenntnis, dass die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf die sorgfältige Entgegennahme von Einschreiben für den/die Bewohnende/-n sowie die zeitnahe Aushändigung der Einschreiben im Zimmer des/der Bewohnenden sicherstellt. Für die Einhaltung von allfälligen Fristen, die mit der Entgegennahme von Einschreiben durch die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf ausgelöst werden, sowie die fristgerechte Vornahme von notwendigen (Rechts-)Handlungen ist allein der/die Bewohnende verantwortlich. Mit anderen Worten übernimmt die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf in diesem Zusammenhang keinerlei zusätzliche Haftung.

Datum _____

Unterschrift _____