

Anmeldeformular

Für Ihren Aufenthalt in unserer Spitex-Pflegewohnung

Vielen Dank, dass Sie das Formular komplett ausfüllen! Sie ersparen uns dadurch unnötige Rückfragen. Einige Daten werden für statistische Zwecke erhoben werden.

Eintrittsdatum:		Eintrittsgrund:	
Uhrzeit:		Zimmer-Nr.	

Personalien:

Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon / Handy: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Bürgerort: _____

Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

AHV-Nummer: 756. _____

Rechnungsadresse:

an die Bewohner/In oder an:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Krankenkasse:

Bitte bringen Sie die Versicherungskarten am Eintrittstag mit. Wir bewahren diese bis zu Ihrem Austritt sicher auf.

Grundversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Zusatzversicherung: _____ Versicherungsnr: _____

Haftpflicht: _____ Versicherungsnr: _____

Behandelnde Ärzte:

Fachrichtung: Hausarzt
 Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Fachrichtung: _____
 Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Primäre Kontaktperson:

(Ehe-)partner Sohn/Tochter Bekannte

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon privat: _____ Handy: _____
 Telefon G: _____ E-Mail: _____
 Bemerkung: _____

Weitere Kontaktpersonen:

(Ehe-)partner Sohn/Tochter Bekannte

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon privat: _____ Handy: _____
 Telefon G: _____ E-Mail: _____
 Bemerkung: _____

(Ehe-)partner Sohn/Tochter Bekannte _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Telefon G: _____ E-Mail: _____

Bemerkung: _____

Wohnsituation vor Eintritt:

alleinlebend mit Partner/In mit Angehörigen
 eigenes Haus eigene Wohnung betreutes Wohnen/WG
 Spitexbetreuung Reha-Klinik Akutspital
 Psych. Klinik _____

Aufenthalt:

Der Mindestaufenthalt in unserer beträgt 2 Wochen.

<input type="checkbox"/> provisorische Anmeldung (Warteliste)	ab	
<input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege (nach KGV 14 tägige Spitalverordnung)	von	bis
<input type="checkbox"/> Ferien- oder Kurzaufenthalt (2–6 Wochen max.)	von	bis
<input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt	Ab	

Zusatzleistungen:

TV-Gerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Telefon (SFr. 20.-/Monat)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
WLAN (inklusive)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vorauszahlung:

Bei einem Langzeitaufenthalt wird eine Vorauszahlung in Höhe von SFr. 5'000.- erhoben.

Finanzierung:

Bezug Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung
Bezug IV-Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung
Bezug Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung
Bezug Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung
Andere:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung

Beilagen (von Einweiser/Arzt/Institution):

Pflegerischer Überweisungsrapport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Austrittsbericht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Pflege-/Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Verordnung AÜP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Verordnung Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Verordnung Material	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Verordnung andere:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Allergien- und Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
Verordnungen Diäten/Kostformen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> angefordert

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesetzlicher Beistand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Beilagen:

1. Allgemeine Vertragsbedingungen
2. Taxordnung
3. Informationsbroschüre «Pflegewohnung Spitex Grüningen»

Die angemeldete Person oder deren Vertreter/In bestätigt, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden.

Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie folgende Punkte zu Kenntnis:

- Über die Aufnahme in die Pflegewohnung entscheidet die Pflegedienst- und/oder die Geschäftsleitung.
- Vor Eintritt in die Pflegewohnung ist ein Pensionsvertrag zu unterzeichnen.
- Sie erteilen uns die Erlaubnis, medizinische Informationen in Zusammenhang eines möglichen Aufenthalts einzuholen.
- Die Daten werden im Rahmen der Warteliste und eines möglichen Aufenthalts in der Pflegewohnung gespeichert. Einige Daten werden für statistische Zwecke erhoben werden.

Ort: _____

Datum: _____

Name in Blockschrift: _____

Unterschrift: _____