

Anmeldeformular Pflegeheim Seewadel

Aufenthalt unbefristet

Aufenthalt befristet (bis 3 Monate)

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Mit der Entgegennahme dieser Anmeldung können wir keine verbindliche Zusicherung für die Aufnahme geben.

Mit einer provisorischen Anmeldung, d.h., wenn Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht ins Heim eintreten möchten, geniessen Sie bei einer definitiven Anmeldung keine Vorteile in Bezug auf den Eintrittstermin.

Persönliche Angaben:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

Gesetzl. Wohnsitz: Heimatort:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Zivilstand: Konfession:

verheiratet ledig verwitwet geschieden

Gegenwärtiger Aufenthaltsort:

zu Hause ohne Pflege

zu Hause mit Pflege (Spitex)

in Spital/Klinik

in einem Heim

Arzt:

Wechsel zum Heimarzt (Dr. Klawns) JA NEIN (wenn NEIN -> Hausarzt erfassen)

Hausarzt:

Titel:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

Ernährung:

Spezielle Kost NEIN

..... JA, welche

Meine Vertrauensperson / Primärangehörige:

Beziehung:

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

E-Mail:



Krankenversicherung:

Name Krankenkasse:

KK-Karten-Nr.

KK-Versicherungs-Nr.:

Leistungen/Entschädigungen/Vorsorge:

Ergänzungsleistungen: JA NEIN

Hilflosenentschädigung: JA NEIN

Besteht eine Beistandschaft: JA NEIN

Wenn ja, durch wen:

Vorsorgeauftrag: JA NEIN

Wenn ja, durch wen:

Ich bin im Besitz einer Patientenverfügung: JA NEIN

Ich habe ein elektronisches Patientendossier (EPD): JA NEIN

Rechnungsstellung:

Rechnungsstellung soll erfolgen an:

Bewohnerin (Adresse gemäss Angaben) Angehörige Beistand

Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:.....

Telefon: Mobile:.....

Telefon:

Aufenthalt befristet

Möchten Sie einen Festnetz-Telefonanschluss? JA NEIN

Aufenthalt unbefristet

Möchten Sie eine neue Telefonnummer von uns? JA NEIN

Nehmen Sie Ihre private Telefonnummer mit? JA NEIN

Vor dem Eintritt benötigen wir:

→ eine aktuelle, ärztliche Diagnoseliste

→ eine aktuelle, ärztliche Medikamentenliste

→ einen Spitex-Übergabebericht

Beim Eintritt benötigen wir:

→ Kopie von Identitätskarte oder Pass

→ Kopie von der Krankenversicherungskarte

Die unterzeichnende Person oder eine durch sie beauftragte / bevollmächtigte Person ist sich bewusst, dass sich die Pensions-, Pflegekosten und Zusatzkosten nach der gültigen **Taxordnung** des Zentrums Seewadel richten.

Datum:

Unterschrift:

.....

.....