

Personalien

Name:

Vorname:

Strasse/Nr:

PLZ/Ort:

AHV Nr.: **756.**

Geburtstag:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Zivilstand:

Konfession:

Nationalität:

Mutterspr.:

Geschlecht:

weiblich

männlich

anderes

Heimatort:

Hausarzt

Name:

Adresse:

E-Mail:

Tel.:

Kommt ein Wechsel zu unserem Heimarzt in Frage? ja nein benötige weitere Informationen

Krankenkasse Grundversicherung

Name:

Adresse:

Mitglieder Nr.:

Veka.Nr.:

Falls Zusatzversicherung bei einer anderen Krankenkasse, bitte angeben

Zusatzvers.:

Adresse:

Mitglieder Nr.:

Veka.Nr.:

Angehörige als erste Ansprechperson/medizinisch

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon P:

Mobil:

Telefon G:

Beziehung:

E-Mail:

Angehörige Finanzielles

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon P:

Mobil:

Telefon G:

Beziehung:

E-Mail:

Gilt als Rechnungsadresse? ja nein (bei nein geben wir die Rechnung dem/der Bewohner/In)

Weitere Angehörige

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon P:

Mobil:

Telefon G:

Beziehung:

E-Mail:

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon P:

Mobil:

Telefon G:

Beziehung:

E-Mail:

Kontaktperson bei freiem Zimmer

Name:

Tel.Nr.:

Anmeldung

- Dringlichkeitsliste per sofort!**
 Vorsorglich, Eintrittstermin ca. _____, (max. 1/2 Jahr).

Bemerkung

Ihre Anmeldung

Anmeldungen nehmen wir gerne entgegen, wenn Sie die Absicht haben an einem Heimeintritt innert ca. 6 Monaten. Wir kontaktieren Sie bei einem freierwerbenden Zimmer.

In der Regel muss der Eintritt innert 14 Tagen stattfinden.

Sie können einen Eintritt selbstverständlich ablehnen. Nach einer Ablehnung behalten wir Ihre Anmeldung und vereinbaren das weitere Vorgehen.

Haben Sie ein anderes Heim gefunden oder ist der Eintritt nicht mehr erforderlich, sind wir froh um eine Rückmeldung, damit wir die Anmeldung löschen können.

Ermächtigung zur Auskunft

Mit der Einreichung des Anmeldeformulars ermächtigen Sie das Eichireben, beim Hausarzt und/oder der Spitex, Spital medizinische Auskunft einzuholen, um abzuklären, ob das Eichireben für Sie das geeignete Zuhause sein könnte, sowie bei allen Behörden und deren Amtsstellen.

Datenschutz

Die Personendaten auf diesem Formular werden bei uns in der Heimsoftware erfasst und das Formular vernichtet. Bei einem Eintritt gelangen die Daten in die elektronischen Pflegeprogramme. Über die Daten, die wir über Sie gespeichert haben, erhalten Sie, gerne Auskunft. Mit der Unterschrift als Gesuchsteller/In (Vertretung) akzeptieren Sie die genannten Datenschutzbestimmungen.

Rechte und Pflichten

Sie bestätigen, die Rechte und Pflichten erhalten und gelesen, sowie die aktuell geltende Taxordnung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Gesuchsteller/In (Vertretung)

Zusätzliche Informationen

Bezüge von Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja, seit,	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein
Rechnung über Lastschriftverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post
Rechnung mit Einzahlungsschein (Postversand)	<input type="checkbox"/> ja	(bitte nur eines ankreuzen)
Vorsorgeauftrag vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja (wenn älter als 2 Jahre, bitte erneuern) <input type="checkbox"/> nein	
Elektronisches Patientendossier vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Weitere Vereinbarungen

Telefonanschluss CHF 25.00, (Ausland/gebührenpflichtig gem. Abrechnung)	<input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Ausland <input type="checkbox"/> nein
Telefon vom Haus, einmalig Fr. 60.00	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, eigenes vorhanden
Zimmerbadge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschriftung Bewohnerwäsche kostenpflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(wir übernehmen keine Haftung bei verlorengewonnen, unbeschrifteten Kleidungsstücke)	
Reinigung der Wäsche intern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (im Pensionspreis inkl.)
Möbel (Tisch, Stuhl)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wir bringen eigene Möbel
Post an Bewohner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein an: <input type="checkbox"/> nein, bitte Postfach in der Anmeldung

Hausinterne Angaben, werden nach Zimmervergabe vom Heim ausgefüllt

Zimmer:	Eintrittstermin:
Telefonnummer intern:	
Essen im Speisesaal EG	<input type="checkbox"/> ja, Tisch Nr. <input type="checkbox"/> nein
Subsidiäre Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medaillon:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> als Armband <input type="checkbox"/> mit Schlüsselband <input type="checkbox"/> nein
Temporärer Aufenthalt (+Fr.15/Tg.) bis max.3 Mt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein