

**Anmeldung**

**Bewohnerin/Bewohner:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von der Bewohnerin/dem Bewohner oder bevollmächtigen Person auszufüllen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Bewohner / Bewohnerin** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Geschlecht | männlich  weiblich | Geburtsdatum |  |
| Heimatort |  | Nationalität |  |
| Zivilstand |  | Konfession |  |
| AHV-Nummer |  | | |
| Telefon-Nummer |  | Mobile-Nr. |  |
| Wohnadresse |  | | |
| Schriften hinterlegt |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsinformationen** | | | |
| **Krankenkasse** Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) bei. | | | |
| Krankenkasse |  | Policen-Nummer |  |
| Sektion (Adresse) |  | PLZ/Ort |  |
| Versicherungskartennr. |  | Karte gültig bis |  |
| Krankenkassen-versicherungsmodell | Standard-Modell  Hausarzt-Modell | HMO-Modell  Telmed-Modell | |
| **Haftpflichtversicherung** | | | |
| Haftpflichtversicherung |  | Policen-Nummer |  |
| **Hilfslosenentschädigung** | | | |
| Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung? | | ja  nein | |
| **Ergänzungsleistungen** | | | |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? | | ja  nein | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beistandschaft / Diverses** | | | |
| Existiert eine Beistandschaft  ja  nein | |  | |
| Falls ja, welche? | Begleitbeistandschaft  Mitwirkungsbeistandschaft  umfassende Beistandschaft  Vertretungsbeistandschaft  mit Vermögensverwaltung  Bitte legen Sie eine Kopie der gesetzlichen Beistandschaft bei. | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon-Nummer |  | E-Mail |  |
| *Falls eine Beistandschaft vorhanden ist, bitte Kopie der Unterlagen beilegen.* | | | |
| Vorsorgeauftrag | ja (Kopie beilegen)  nein | | |
| Patientenverfügung | ja (Kopie beilegen)  nein | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hausarzt** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon-Nr. |  | E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rechnungsempfänger** (nur auszufüllen, wenn nicht Bewohner selbst die Rechnung erhält) | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon-Nr. |  | E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Garantieleistung** (wer leistet Garantie für die Übernahme der Heimkosten gemäss Tarifordnung) | | | |
| subsidiäre Kostengutsprache Gemeinde  Depotleistung  Garantieleistung Privatperson | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon-Nr. |  | E-Mail |  |
| Ort/Datum |  | Unterschrift |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezugspersonen** (im Notfall zu benachrichtigen) | | | |
| 1. **Bezugsperson** | | | |
| Vor/Nachname |  | Telefon-Nr. |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Beziehung |  | E-Mail |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Bezugsperson** | | | |
| Vor/Nachname |  | Telefon-Nr. |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Beziehung |  | E-Mail |  |
| 1. **Bezugsperson** | | | |
| Vor/Nachname |  | Telefon-Nr. |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Beziehung |  | E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eintritt** | | | |
| Gewünschtes Eintrittsdatum |  | | |
| Dauergast  Feriengast bis voraussichtlich: | | | |
| Probewohnen bis voraussichtlich: | | | |
| Pat-Nummer |  | Zimmer-Nummer |  |
| Abteilung |  | Stockwerk |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abteilung** |  | **Zimmerkategorie** |
| Pflegeabteilung |  | Einzelzimmer |
| Demenzabteilung |  | Zweierzimmer |
| Psychosoziale Abteilung offen |  | Mehrbettzimmer |
| Psychosoziale Abteilung geschlossen |  |  |
| Spezielles: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausstattung** |  | **Diverses** |
| WC/Dusche/Lavabo |  | Telefonanschluss  private Nummer  Heim-Nummer |
| WC/Lavabo |  | Fernsehanschluss  privates Gerät |
| Lavabo |  | Internetanschluss |
|  |  | Zimmerbeschriftung:  ja  nein |
|  |  | Wäschenamen:  ja  nein\*  \**Wäsche wird privat gewaschen* |

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Bewohnerin/Bewohner  
(oder bevollmächtigte Person) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Checkliste für die Institution**(vor Erstellung des Heimvertrages müssen diese Punkte erfüllt sein)

Persönliches Gespräch (inkl. rechtlichen Vertretern) erfolgt  
 Medizinische Abklärungen getroffen (FU, Medikamente, Arzt/Pflegebericht)  
 Kostengutsprache oder Sicherheitsleistung erhalten  
 Informationen (Krankenkasse, Hausarzt, rechtliche Vertreter, Bezugsperson) vorhanden