**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 VermögensverwaltungBitte 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