

## Aufnahmegesuch – Langzeitaufenthalt

**Gewünschter Eintritt:**

dringend

nicht dringend

### Persönliche Angaben

Name	: _____	Vorname	: _____
Geburtsdatum	: _____	Religion	: _____
Adresse, PLZ & Ort	: _____		
AHV-Nr.	: _____		
Mail	: _____		
Wohngemeinde	: _____	Steuerdomizil	: _____
Geburtsort	: _____	Heimatort	: _____
Nationalität	: _____	Natel-Nr.	: _____
Ehemaliger Beruf	: _____		
Lediger Name und Vorname der Mutter	: _____		
Name und Vorname des Vaters:	_____		
Zivilstand seit	: _____		
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig

### Patientenverfügungen

Haben Sie bereits eine Patientenverfügung erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

### Kontaktpersonen

<u>Bezugsperson für Administration</u>			
Name	: _____	Vorname	: _____
Adresse, PLZ & Ort	: _____		
Tel. Privat	: _____	Tel. Gesch.	: _____
Natel	: _____		
Mail	: _____		
Verwandtschaftsverhältnis:			
<input type="checkbox"/> Ehemann/Ehefrau	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Beistand
Adressierung der Rechnungen und Korrespondenz an die hier genannte Person:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zustellungsart der Rechnungen und Korrespondenz:			
Rechnung per e-Bill:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mail: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bezugsperson für pflegerische Angelegenheiten

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ & Ort : \_\_\_\_\_

Tel. Privat : \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis

Ehemann/Ehefrau     Sohn/Tochter     gesetzlicher Vertreter     Beistand

**Weitere Personen**

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ & Ort : \_\_\_\_\_

Tel. Privat : \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ :

Ehemann/Ehefrau     Sohn/Tochter     gesetzlicher Vertreter     Andere: \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ & Ort : \_\_\_\_\_

Tel. Privat : \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ :

Ehemann/Ehefrau     Sohn/Tochter     gesetzlicher Vertreter     Andere: \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ & Ort : \_\_\_\_\_

Tel. Privat : \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ :

Ehemann/Ehefrau     Sohn/Tochter     gesetzlicher Vertreter     Andere: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name	:	_____	Vorname	:	_____
Adresse, PLZ & Ort	:	_____			
Telefonnummer	:	_____			

### Apotheke

Name der Apotheke	:	_____
Adresse, PLZ & Ort	:	_____
Telefonnummer	:	_____

### Krankenkasse - Grundversicherung

Name der Krankenkasse:	_____
Kennnummer der Karte:	_____
Adresse, PLZ & Ort	: _____

### Krankenkasse - Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse:	_____
Kennnummer der Karte:	_____
Adresse, PLZ & Ort	: _____

### Hilflosenentschädigung

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, welche Stufe?	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer

### Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

### Fernseher

Wünschen Sie einen Fernsehanschluss im Zimmer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### Telefon

Wünschen Sie einen Telefon im Zimmer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

### Selbstständigkeit beim Verrichten der täglichen Aktivitäten

Sind Sie selbständig:

beim Gehen:  Ja  mit Hilfe

Gehstock  Rollstuhl

Rollator

bei der Körperpflege:  Ja  mit Hilfe

beim Ankleiden / Entkleiden:  Ja  mit Hilfe

beim Gang auf die Toilette:  Ja  mit Hilfe

beim Aufstehen, Absitzen, Abliegen:  Ja  mit Hilfe

beim Essen:  Ja  mit Hilfe

beim Sorgen für Ihre Sicherheit  Ja  mit Hilfe

Werden Sie daheim unterstützt? (SMZ, Spitex, etc.)  Ja  Nein

Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Von wem? \_\_\_\_\_

Wo wohnen Sie im Moment?

Zuhause  im Spital  Anderswo: \_\_\_\_\_

### Erforderliche Dokumente zu diesem Gesuch

- Kopie des Familienbüchleins oder Wohnsitzbestätigung
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Kopie der Identitätskarte
- Kopie der Verfügung über die Hilfslosenentschädigung (falls gewährt)
- Kopie der Verfügung über die Ergänzungsleistungen (falls gewährt)
- Kopie der Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Kopie der Vollmacht, falls Sie einen gesetzlichen Vertreter haben
- Kopie des Entscheids über die Beistandschaft (falls vorhanden)
- Kopie der Haftpflichtversicherungspolice
- Formular zur Bestimmung der Beteiligung der Versicherten an den Pflegekosten (Vermögensformular)

**Ich, der/die Unterzeichnende, bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_