

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	
Rechnung per e-Bill:			
	<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 Telefonanschluss 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 Unterzeichnete, bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum: _____

Unterschrift: _____