|  |
| --- |
| (wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Villa Sarona ausgefüllt) |
| Eintritt |       |
| Zimmer- / Whg.-Nr. |       |
| Telefon-Nr. |       |

### Anmeldung

|  |
| --- |
| Pflegezimmer |
| [ ]  | Pflegeabteilung | [ ]  | Einzelzimmer |  |
| [ ]  | Daueraufenthalt |  |  |  |  |
| [ ]  | Kurzaufenthalt | von |       | bis |       |
|  |
| Gewünschtes Eintrittsdatum |
| [ ]  | Dringlich | [ ]  | Vorsorglich | ab |       |
|  |
| Personalien |
| Familiename |       | Lediger Name |       |
| Vorname |       | Beruf |       |
| Geburtsdatum |       | Konfession |       |
| Zivilstand |       | AHV-Nummer |       |
| Heimatort |       | Geburtsort |       |
|  |
| Zivilrechtliche Wohnsitzadresse |
| Strasse / Nr. |       | Telefon |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |
| E-Mail |       |       |       |
|  |
| **Gegenwärtiger Aufenthaltsort** (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige, etc.) |
| Aufenthaltsort |       | E-Mail |       |
| Strasse / Nr. |       | Telefon |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |

|  |
| --- |
| **Nächste Angehörige / Bezugspersonen / Vertretung / Beistand**(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte …) |
| 1. Ansprechperson / Vertrauensperson für Anmeldung im Heim |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |       |
| Familienname |       | E-Mail |       |
| Vorname |       | Tel. Privat |       |
| Strasse / Nr. |       | Tel. Geschäft |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |
|  |
| 2. Vertretung / Beistand |
| [ ]  | Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag | [ ]  | Beistand |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |       |
| Familienname |       | E-Mail |       |
| Vorname |       | Tel. Privat |       |
| Strasse / Nr. |       | Tel. Geschäft |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |
|  |
| 3. Weitere Angehörige / Bezugspersonen |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |       |
| Familienname |       | E-Mail |       |
| Vorname |       | Tel. Privat |       |
| Strasse / Nr. |       | Tel. Geschäft |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |
|  |
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |       |
| Familienname |       | E-Mail |       |
| Vorname |       | Tel. Privat |       |
| Strasse / Nr. |       | Tel. Geschäft |       |
| PLZ / Ort |       | Natel |       |
|  |
| Ärzte |
| Hausarzt |
| Name / Vorname |       | Tel. Praxis |       |
| Strasse / Nr. |       | PLZ / Ort |       |

|  |
| --- |
| Arzt bei Heimaufenthalt |
| Name / Vorname |       | Tel. Praxis |       |
| Strasse / Nr. |       | PLZ / Ort |       |
|  |
| Versicherungen |
| Krankenkasse |
| Gesellschaft |       | Vers.-Nr. |       |
| Strasse / Nr. |       | PLZ / Ort |       |
| Telefon |       |       |       |
| [ ]  | Privatversicherung | [ ]  | Halbprivatversicherung | [ ]  | Allgemeine Versicherung |
| Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG) |
| Gesellschaft |       | Vers.-Nr. |       |
| Strasse / Nr. |       | PLZ / Ort |       |
| Telefon |       |       |       |
|  |
| Haftpflicht-Versicherung |
| Gesellschaft |       | Policen-Nr. |       |
|  |
| Rechnungsempfänger |
| Rechnung an Bewohner / Bewohnerin | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |
| Wenn nicht Selbstzahler, geht Rechnung an folgende Person: |
| [ ]  | Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag | [ ]  | Beistand |
|  |
| Dokumente  |
| Vorsorgeauftrag(wenn ja, Kopie beilegen) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |  | Patientenverfügung(wenn ja, Kopie beilegen) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |
| Beistandschaft(wenn ja, Kopie beilegen) | [ ]  Ja/ [ ]  Nein | Krankenkasse (Kopie Leistungsausweis beilegen) | [ ]  Ja  |
| Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung |
| EL-Verfügung vorhanden(wenn ja, Kopie beilegen) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |  | Bezüger HE (Hilflosen­entschädigung) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |
| EL-Antrag gestellt(wenn ja, Kopie beilegen) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |  | Bezüger IV (Invalidenversicherung) | [ ]  Ja / [ ]  Nein |
|  |
| Bemerkungen |
|       |
|       |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Pflegegast / Vertretung |