

TERTIANUM

Anmeldung für den Pflegewohnbereich/Gästestammblatt Tertianum AG

Bitte genau und vollständig ausfüllen und Kopien beilegen!

Name	.....	Vorname	.....
Strasse	.....	PLZ/Ort	.....
Telefon-Nr.	.....	Geburtsdatum	.....
ehemaliger Beruf	.....	Heimatort	.....
Konfession	.....	Zivilrechtlicher Wohnsitz vor dem Einzug in Tertianum im Vieri	.....
Zivilstand	.....	
Krankenkasse	.....	Sozialvers.-Nr.	.....
(Kopie KK-Karte beilegen)		Mitglieder-Nr. KK	.....
(genaue Adresse)	.....	Karten-Nr. KK	.....
	.....	Versicherungsart	
Tel./Fax KK	<input type="checkbox"/> allgem. <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat	
Haftpflichtvers.	.....	Policen-Nr.	.....
Unfallversicherung (IVG)	.....	Vers.Nr.	.....
Pflegevertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet: von	bis	
Vertragsbeginn	.....	Eintrittsdatum	.....

TERTIANUM

1. Gewünschte Zimmerkategorie 1er-Zimmer

Zimmer Nr.

2. Schlüssel Zimmertüre gewünscht ja nein

Schlüssel Safe/Schliessfach gewünscht ja nein

3. Grundpauschale CHF / Tag

4. Fernseher gewünscht? ja nein

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

5. Persönlicher Alarm ja nein

andere Hilfsmittel ja nein

welche?

TERTIANUM

Besitzen Sie bereits eine Patientenverfügung? (Kopie beilegen) ja nein

Bisheriger Aufenthalt
(Spital, Heim etc.)
.....

Momentaner Hausarzt
(Name, genaue Adresse)
.....

ZSR-Nr. GLN-Nr.

Telefon-Nr. Fax E-Mail

Welcher Hausarzt wird den Gast während des Aufenthaltes im Pflegewohnbereich besuchen?

(Name, genaue Adresse)
.....

ZSR-Nr. GLN-Nr.

Telefon-Nr. Fax E-Mail

Besteht eine Beistandschaft oder Vorsorgeauftrag? ja nein
(Kopien beilegen)

Wenn ja, bitte vollständige Adresse angeben:

.....

EL-Verfügung vorhanden ja nein
(Kopie beilegen)

EL Antrag gestellt ja nein
(Kopie beilegen)

Bezüger HE (Hilfslosenentschädigung) ja nein
(Kopie beilegen)

Bezüger IV (Invalidenversicherung) (Kopie beilegen) ja nein

TERTIANUM

Kontakt-/Bezugspersonen* (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe, usw.)

Bitte in der Reihenfolge, wie sie bei Notfällen zu benachrichtigen sind.

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson*	3. Bezugsperson*
Beziehung	Beziehung	Beziehung
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort
Telefon-Nr. Priv.	Telefon-Nr. Priv.	Telefon-Nr. Priv.
Gesch.	Gesch.	Gesch.
Natel	Natel	Natel
E-Mail	E-Mail	E-Mail

Sind Sie Mitglied einer Sterbehilfeorganisation?

Nein:

Ja, bei welcher: _____

Rechnungsstellung an

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon-Nr.

Zahlungsart: Lastschriftverfahren (LSV+)

Garantieerklärung von Angehörigen / bevollmächtigten Vertretern (*nicht zutreffendes streichen*)

Die nachstehende Person garantiert die Begleichung aller anfallenden Rechnungen.

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon-Nr.

TERTIANUM

Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

Datenschutz

Tertianum bearbeitet die persönlichen Daten wie in den Allgemeinen Bedingungen Pflegewohnbereich (Anhang I), Ziffer 9 dargestellt und beachtet dabei die Bearbeitungsgrundsätze des Datenschutzgesetzes.

Der Gast nimmt Kenntnis davon, dass Tertianum im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und / oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Gast hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken.

Nimmt der Gast dieses Recht nicht wahr, kann Tertianum dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt der Gast Tertianum, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet Tertianum diesbezüglich vom Arztgeheimnis und der Schweigepflicht.

Allgemeine Bedingungen

Die Allgemeinen Bedingungen und Preisordnung gelten auch betreffend den Angaben in diesem Gästestammblatt. Die Unterzeichnenden bestätigen ausdrücklich, die Allgemeinen Bedingungen und Preisordnung erhalten und gelesen zu haben und erklären sich damit in allen Teilen einverstanden.

Mit der Unterschrift des Gastes/Garanten gilt diese Anmeldung als definitiv.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Gastes

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Garanten