|  |  |
| --- | --- |
| (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 | | | | | |