

# TERTIANUM

(wird durch die Villa Sutter ausgefüllt)

Eintritt	
Zimmer-	
Telefon-Nr.	

## Anmeldung

Wohnform					
<input type="checkbox"/>	Pflegeabteilung	<input type="checkbox"/>	1-Zimmer	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	2-Zimmer	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Daueraufenthalt			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Kurzaufenthalt	von		bis	
Gewünschtes Eintrittsdatum					
<input type="checkbox"/>	Dringlich	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich	ab	
Personalien					
Familienname		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

<input type="checkbox"/>	Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	Privatversicherung	<input type="checkbox"/>	Halbprivatversicherung
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Allgemeine Versicherung
Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon			
Haftpflicht-Versicherung			
Gesellschaft		Policen-Nr.	
Rechnungsempfänger			
Rechnung an Bewohner / Bewohnerin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
			Nein
Wenn nicht Selbstzahler, geht Rechnung an folgende Person:			
<input type="checkbox"/>	Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	Beistand
Dokumente			
Vorsorgeauftrag (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Krankenkasse (Kopie Leistungsausweis beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja
Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung			
EL-Verfügung vorhanden (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
EL-Antrag gestellt (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger IV (Invalidenversicherung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen			
Ort / Datum		Gast / Vertretung	