

# TERTIANUM

(wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Zur Heimat ausgefüllt)

|             |  |
|-------------|--|
| Eintritt    |  |
| Zimmer-Nr.  |  |
| Telefon-Nr. |  |

## Anmeldung

| Pflegezimmer  |                 |                          |              |                          |              |
|---|-----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/>  | Pflegeabteilung | <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/>  | Daueraufenthalt |                          |              |                          |              |
| <input type="checkbox"/>  | Kurzaufenthalt  | von                      |              | bis                      |              |
| <input type="checkbox"/>  | Tagesaufenthalt | 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: |  |               |  |
| Familiennamen                            |  | 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: |   |                          |          |
| Familiennamen                            |   | E-Mail                   |          |
| Vorname                                  |   | Tel. Privat              |          |
| Strasse / Nr.                            |   | Tel. Geschäft            |          |
| PLZ / Ort                                |   | Natel                    |          |

### 3. Weitere Angehörige / Bezugspersonen

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |  |               |  |
| Familiennamen                            |  | E-Mail        |  |
| Vorname                                  |  | Tel. Privat   |  |
| Strasse / Nr.                            |  | Tel. Geschäft |  |
| PLZ / Ort                                |  | Natel         |  |

|  |  |               |  |
|--|--|---------------|--|
| Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung: |  |               |  |
| Familiennamen                            |  | 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"/> 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<br>(wenn ja, Kopie beilegen)                       | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Patientenverfügung<br>(wenn ja, Kopie beilegen)   | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |
| Beistandschaft<br>(wenn ja, Kopie beilegen)                        | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Krankenkasse<br>(Kopie Leistungsausweis beilegen) | <input type="checkbox"/> Ja                                 |
| Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung                     |   |   |   |
| EL-Verfügung vorhanden<br>(wenn ja, Kopie beilegen)                | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Bezüger HE<br>(Hilflosenentschädigung)            | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |
| EL-Antrag gestellt<br>(wenn ja, Kopie beilegen)                    | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Bezüger IV<br>(Invalidenversicherung)             | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |
| Bemerkungen  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
| Ort / Datum  |   | Pflegegast / Vertretung                           |   |