

TERTIANUM

(wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Bergsicht ausgefüllt)

Eintritt	
Zimmer- / Whg.-Nr.	
Telefon-Nr.	

Anmeldung

Seniorenwohnung mit Service			
<input type="checkbox"/>	2½-Zimmer-Wohnung	<input type="checkbox"/>	Parkplatz in Tiefgarage
Wohnungsnummer		Personenzahl	
Pflegezimmer			
<input type="checkbox"/>	Pflegeabteilung	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer
<input type="checkbox"/>	Daueraufenthalt		<input type="checkbox"/>
<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:

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			
<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 (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		Pflegegast / Vertretung	