

Anmeldeformular

Personalien (Sämtliche Personendaten werden vertraulich behandelt)

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
Wohnsitzgemeinde	Zivilstand Konfession
Heimatort	Geburtsort
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Adresse Krankenkasse (Grundvers.)	Versicherten-Nr. ⇒ bitte Kopie Vers-Police+Karte beilegen
Versichertenkarten-Nr.	Karte gültig bis
<input type="checkbox"/> Einwilligung zur Bearbeitung von Personendaten ist zwingend notwendig für Aufnahme	

Vertretungen und Verfügungen

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie beilegen
Besteht ein Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie beilegen
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen
Taschengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ⇒ Betrag CHF pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat

Hausarzt

Name	Vorname
Telefon Geschäft	E-Mail
Wechsel zu Heimarztpraxis BESAS (während Aufenthalt) <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nicht erwünscht	
<input type="checkbox"/> Elektronisches Patientendossier (EPD) vorhanden <input type="checkbox"/> Zugriffsrecht für Siloah sind erteilt	

Adressen der nächsten Angehörigen

1. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

2. Ansprechperson	Verwandtschaftsgrad/Beziehung
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

Rechnungsadresse

☐ analog Korrespondenzadresse

Verwandtschaftsgrad/Beziehung	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon P	Telefon G
Mobile	E-Mail

TV-Gerät

Das TV-Gerät ist nicht in der Kommunikationspauschale enthalten.
Bitte ankreuzen.

TV-Gerät	ja	nein	eigenes Ge- rät
Gerätemiete (CHF 20.- / Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finanzielle Verhältnisse

<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzungsleistungen • Hilfenlosenentschädigung • Kopie der letzten Steuererklärung oder Veranlagungsverfügung beilegen • Bei Eintritt zu einem Daueraufenthalt oder Wechsel von einem Kurz- zu einem Daueraufenthalt (der Wechsel erfolgt nach 60 Tagen automatisch) wird eine unverzinsliche Vorauszahlung in der Höhe von CHF 6000.- in Rechnung gestellt 	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒ bitte Verfügung beilegen <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> müssen beantragt werden </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer </div>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Bankverbindung für Rückzahlungen (z.B. Rückerstattung Vorauszahlung)

IBAN-Nummer
Lautend auf

Eintrittstermin

☐ sobald als möglich☐ Anmeldung vorsorglich

Weitere Informationen, Bemerkungen

--

Wichtige Hinweise

- Es gilt die aktuelle Preisliste Langzeitbereich.
- Die Anmeldung ist verbindlich.
- Die Mindestaufenthaltsdauer und Kündigungsfrist beträgt 14 Tage.
- Bei Nicht-Eintritt oder verspätetem Eintritt (ausser aus medizinischen Gründen) wird die Leerbettgebühr in Rechnung gestellt.

Ort, Datum_____

Vorname, Name Bewohner:in in Blockschrift_____

Vorname, Name gesetzliche Vertretung in Blockschrift_____

Unterschrift Bewohner:in bzw. gesetzliche Vertretung_____