**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** | **Vorname** | **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Name vor Heirat | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Heimatort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  weiblich | [ ]  männlich |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Ort  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Hausarzt | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zivilstand | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Konfession | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| AHV-Nummer |  **756.**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankenkasse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Policen-Nummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nummer Krankenkassenkarte  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Ablaufdatum Krankenkassenkarte | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Allgemein ganze CH | [ ]  Allgemein Kanton Zug | [ ]  halbprivat | [ ]  privat |
| **Beziehen Sie Hilflosen Entschädigung** | [ ]  Ja | [ ]  Nein | Grad: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Beziehen Sie Ergänzungsleistung** | [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |
| **Eintritt von** | [ ]  zu Hause | [ ]  Spital | Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Zusatzleistungen (Tarife s. „Taxen aktuelles Jahr“)** |
| Angehörige sind über Wäschereiablauf informiert | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Privatwäsche wird im Alterszentrum Büel gewaschen  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Radio: [ ]  Miete [ ]  Anschluss | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Fernseher: [ ]  Miete [ ]  Anschluss | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Nachsendung Post [ ]  2x Monat [ ]  1x Monat | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Telefonanschluss  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wunsch** | **Einzelzimmer**  [ ]  | **Doppelzimmer** [ ]  |
|  | **Gewünschtes Eintrittsdatum** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Zimmer Nummer** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Patientenverfügung und Vorsorge**

Mit einem **Vorsorgeauftrag** oder einer **Patientenverfügung** können urteilsfähige Erwachsene rechtzeitig ihren Willen festhalten, damit bei einem möglichen Verlust ihrer Urteilsfähigkeit in ihrem Sinne vorgegangen wird. Auf der Webseite Schweizerisches Rotes Kreuz erfahren Sie mehr: <https://vorsorge.redcross.ch/download/>

Sofern bereits eine Patientenverfügung und/oder Versorgungsauftrag besteht, bringen Sie bitte bei Eintritt eine Kopie mit Originalunterschrift mit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenverfügung vorhanden** | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| **Vorsorgeauftrag vorhanden** | [ ]  Ja  | [ ]  Nein |

**Angaben zu Kontaktpersonen**

|  |
| --- |
| 1. **Bezugsperson**
 |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. **Bezugsperson**
 |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontaktperson für administrative Fragen /Rechnung (wenn nicht 1. Bezugsperson)** |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Rechtsvertretung, sofern nicht zusammen mit administrative Fragen / Finanzen** |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse, PLZ; Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon G | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verwandtschaftsgrad | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beistand? | Wenn ja, bringen Sie bitte eine Kopie der Verfügung mit |

**Bei Eintritt bitte eine Kopie der folgenden Unterlagen mitbringen**

[ ]  Krankenkassenkarte [ ]  Familienbüchlein [ ]  Arztbericht [ ]  Medikamentenliste

**Diese Anmeldung erfolgt durch:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bitte stellen sie uns diese anmeldung vorzugsweise per E-Mail oder sonst per Post zu**

**Vielen Dank Ihr Pflegezentrum Ennetsee AG**