

Administrative Angaben zum Heimeintritt

Langzeitaufenthalt

Kurzaufenthalt (< 6 Wochen)

1. Personalien

Familienname Lediger Name

Vorname Geburtsdatum

Wohnadresse (Strasse, PLZ, Ort)

Schriften in (Gemeinde) Zivilstand.....

Konfession Heimatort/Kanton

Muttersprache AHV-Nr.

Krankenkasse Sektion.....

Mitglied-Nr. KK..... Karten-Nr. KK.....

Vorsorgeauftrag vorhanden ja nein Patientenverfügung vorhanden ja nein

2. Eintritt und Aufenthalt

2.1. Eintritt von

- Privathaushalt Heim Akutspital Psychiatrische Klinik

2.2. Aufenthalt

Einverständnis zur Erstellung eines Fotos ja nein

2.3. Kostenpflichtige Leistungen (werden monatlich resp. nach Bezug in Rechnung gestellt)

- Telefonapparat im Zimmer ja nein
 Eigener Fernseher im Zimmer ja nein
 Depot von Taschengeld am Empfang Betrag/Monat
- Dentalhygiene erwünscht ja nein
 Coiffeur erwünscht nach Ermessen Pflege nur auf Nachfrage
 Podologie erwünscht nach Ermessen Pflege nur auf Nachfrage

3. Rechnungsadresse

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

E-Mail

4. Bezugspersonen

4.1. Bezugsperson 1

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon-Nr. E-Mail

Status Ehepartner Tochter/Sohn

4.2. Bezugsperson 2

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon-Nr. E-Mail

Status Ehepartner Tochter/Sohn

4.3. Arzt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Praxis Telefon Privat

Möchten Sie auch im Heim durch Ihren Hausarzt betreut werden ja nein

5. Bezug von folgenden Renten

AHV/IV-Rente ja nein

Ergänzungsleistung ja nein

Hilflosenentschädigung ja nein