

Anmeldeformular Pflege und Tagesgäste

- Pflegezimmer Pflegezimmer Demenzabteilung Lörmoos Tagesaufenthalt
 sobald als möglich vorsorglich sobald als möglich vorsorglich ab:

1. Angaben über die eintretende Person		
Familienname	Lediger Name	Vorname
Heimatorte/Staatangehörigkeit	Geburtsdatum	Geburtsort
Gesetzlicher Wohnsitz/letzte Adresse (Niederlassungsbewilligung)		
Telefonnummer	AHV Nr. 756. _____	
Konfession	Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung, wo?	Kartennummer Krankenkasse (Bitte Kopie der Karte beilegen) 807 _____	
Zuständiger Arzt	Eintritt am	
Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer seit:		
Ergänzungsleistungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Beistandschaft: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche Art Beistandschaft <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft Eine Beistandschaft muss von Kindes-, und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) angeordnet werden. Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen.		
Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig, <input type="checkbox"/> verheiratet, <input type="checkbox"/> verwitwet, <input type="checkbox"/> geschieden, <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft, <input type="checkbox"/> in aufgelöster Partnerschaft		
Nur auszufüllen wenn Verwitwet, geschieden, in aufgel. Partnerschaft: Datum des letzten Zivilstandsereignisses:		
Familienname des Ehegatten resp. der letzten Partnerin oder des Partners	Ev. lediger/früherer Name	Vorname
2. Angaben über den Ehegatten resp. Partner oder Partnerin der eintretenden Person		
<i>Nur auszufüllen, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend.</i>		
Familienname	Lediger Name	Vorname
Heimatort/Staat	Geburtsdatum Ehegatte, Partner	Heiratsdatum
Gesetzlicher Wohnsitz/Adresse Ehegatte oder Partner		Telefon Ehegatte, Partner

3. Angaben über die Kontaktpersonen

Primärkontakt Partnerin/Partner Tochter/Sohn andere:

Name/Vorname:

Email:

Adresse:

Tel.:

Bezugsperson 2 Partnerin/Partner Tochter/Sohn andere:

Name/Vorname:

Email:

Adresse:

Tel.:

Bezugsperson 3 Partnerin/Partner Tochter/Sohn andere:

Name/Vorname:

Email:

Adresse:

Tel.:

Rechnungsempfänger Partnerin/Partner Tochter/Sohn andere:

Name/Vorname:

Email:

Adresse:

Tel.:

Vertretungsberechtigte Person bei medizinischen Massnahmen gemäss Art. 378 ZGB:

Primärkontakt Bezugsperson 2 Bezugsperson 3

vertretungsberechtigt aufgrund:

Die in einem Vorsorgeauftrag (Art. 360 ff ZGB) bezeichnete Person

Die in einer Patientenverfügung (Art. 370 ff ZGB) bezeichnete Person

Der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)

Der Ehegatte oder der eingetragene Partner

Die Person, welche mit dem Bewohner einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und regelmässig und persönlicher Beistand leistet (gemäss Kaskade bei medizinischen Massnahmen)

Nachkommen/Geschwister, welche den Bewohner regelmässig und persönlich Beistand leisten

Informationsrecht

Welchen Personen dürfen wir zusätzlich über Ihren gesundheitlichen Zustand Auskunft geben?

Angaben zu den informationsberechtigten Personen

Ort, Datum:

Unterschrift Bewohner*in / vertretungsberechtigte Person: