

Administrative Angaben zum Eintritt ins Pflegezentrum

☐ 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.....

(Kopie der Krankenkassenkarte beilegen)

Vorsorgeauftrag vorhanden ☐ nein ☐ ja (bitte Kopie beilegen)

Patientenverfügung vorhanden ☐ nein ☐ ja (bitte Kopie beilegen)

2. Eintritt und Aufenthalt

2.1 Eintritt von

☐ Privathaushalt ☐ Pflegezentrum ☐ Akutspital ☐ Psychiatrische Klinik

☐

**mittendrin.
wohnen.
begegnen.**



2.2 Aufenthalt

Einverständnis zur Aufnahme eines Fotos ☐ ja ☐ nein

Diese werden bei internen Mitarbeiter-Anlässen oder Jahresberichten verwendet

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

Depot von Taschengeld am Empfang Betrag pro Monat:

Dentalhygiene erwünscht ☐ ja ☐ nein

Coiffeur erwünscht ☐ nach Ermessen Pflege ☐ nur auf Nachfrage

Podologie erwünscht ☐ nach Ermessen Pflege ☐ nur auf Nachfrage

Konsumation im Bistro ☐ Barzahlung ☐ auf Rechnung

***Muss nur bei einem Langzeitaufenthalt ausgefüllt werden:**

*Telefonapparat im Zimmer ☐ ja ☐ nein

*Eigenes Fernsehgerät im Zimmer ☐ ja ☐ nein

*Miete Fernsehgerät (Eigentum ElisabethenPark)
(bis max. 6 Wochen) ☐ ja ☐ nein

3. Adressen

3.1 Rechnungsadresse

Name..... Vorname

Strasse..... PLZ/Ort

E-Mail..... Mobile.....



3.2 Postadresse

Die Bewohnerpost, ausgenommen von Postkarten, Paketen, Werbeprospekten und Zeitungen, werden kostenpflichtig nach Aufwand weitergeleitet. Um diese Kosten zu verhindern, empfehlen wir Ihnen, die Zustelladresse jeweils direkt beim Versender anzupassen.

☐ Die Postadresse ist gleich der Rechnungsadresse

Name..... Vorname

Strasse..... PLZ/Ort

E-Mail..... Mobile.....

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.

4.4 Spezialarzt

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Praxis.

5. Bezug von folgenden Renten

AHV/IV-Rente ☐ ja ☐ nein

Ergänzungsleistung ☐ ja ☐ nein

Hilflosenentschädigung ☐ ja ☐ nein

6. Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass sämtliche Angaben korrekt sind.

Ort, Datum:

Unterschrift: