

## 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: .....