**Dringende Anmeldung  Vorsorgliche Anmeldung**

**Stammdaten**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname | |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort | |  |
| gesetzlicher Wohnsitz |  | Heimatort | |  |
| Telefon Nr. |  | Handy-Nr. | |  |
| Soz. Vers. Nr. | 756. | Geburtsdatum | |  |
| Konfession |  | Zivilstand | |  |
| Familienname / Vorname Vater | |  | | |
| Mädchenname / Vorname Mutter | |  | | |
| Besitzen Sie eine Patientenverfügung? | | ja | nein | |
| Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation? | | ja | nein | |

**Lebensform**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| allein lebend |  |  |
| Lebenspartner  ausserhalb des Heimes |  | Name/Vorname: |
| Lebenspartner  im Heim lebend |  | Name/Vorname: |
| Lebenspartner in gleicher Wohneinheit |  | Name/Vorname: |

**Vertrauenspersonen (Vorsorgebeauftragte), Angehörige oder gesetzliche Vertreter**

medizinische & pflegerische Belange und alles was die Persönlichkeit tangiert

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 .Vertrauensperson | Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon und  Handy Nr. |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 .Vertrauensperson | Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon und Handy Nr. |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad | |  | |

**Krankenversicherung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Kartennummer inkl. Ablaufdatum |  |
| Adresse, PLZ/Ort |  |

**Ärzte**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt |  |
| Zahnarzt |  |
| Augenarzt |  |

**Rechnungsstellung und Postzustellung**

**direkt an den Bewohner/die Bewohnerin**  **an folgende Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon und  Handy Nr. |  | E-Mail |  |
| Verwandtschaftsgrad / Beziehungsgrad | |  | |

**Pflege und Betreuung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ferien |  | Gewünschtes Datum |  |
| Langzeitaufenthalt |  | Gewünschtes Zimmer | Einzelzimmer  Doppelzimmer |

|  |
| --- |
| **Kommunikation**  **Vor Eintritt im da casa val lumnezia findet nach Möglichkeit ein Gespräch mit der Geschäftsführung oder der Leitung Pflegedienest statt.**  Wenn Sie Fragen zu einer Patientenverfügung, zur Hilflosenentschädigung (HLS) oder zu den Ergänzungsleistungen haben, sind wir Ihnen gerne behilflich.  Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns.  **Sekretariat** 081 920 61 61 **E-Mail** info@da-casa.ch |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  | **Unterschrift** |  |