

Dringende Anmeldung

Vorsorgliche Anmeldung

Stammdaten

| | | | |
|---|------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name | | Vorname | |
| Adresse | | PLZ/Ort | |
| gesetzlicher Wohnsitz | | Heimatort | |
| Telefon Nr. | | Handy-Nr. | |
| Soz. Vers. Nr. | 756. | Geburtsdatum | |
| Konfession | | Zivilstand | |
| Familiename / Vorname Vater | | | |
| Mädchenname / Vorname Mutter | | | |
| Besitzen Sie eine Patientenverfügung? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Lebensform

| | |
|---------------------------------------|--|
| allein lebend | <input type="checkbox"/> |
| Lebenspartner ausserhalb des Heimes | <input type="checkbox"/> Name/Vorname: |
| Lebenspartner im Heim lebend | <input type="checkbox"/> Name/Vorname: |
| Lebenspartner in gleicher Wohneinheit | <input type="checkbox"/> 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 | |
| Kartenummer 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 / Unterbringung

| | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--|
| Ferienaufenthalt | <input type="checkbox"/> | Gewünschtes Datum | |
| Langzeitaufenthalt | <input type="checkbox"/> | Gewünschtes Zimmer | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |

Kommunikation

Vor Eintritt ins da casa val lumnezia findet nach Möglichkeit ein Gespräch mit der Geschäftsführerin oder der Leiterin Pflege & Betreuung 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 | |
|--------------|--|---------------------|--|