

Datenblatt Aufnahme

Anmeldung

Für einen Aufenthalt in unserem Alters- und Pflegezentrum

Vielen Dank, dass Sie dieses Anmeldeformular vollständig ausfüllen. Sie ersparen uns dadurch unnötige Rückfragen. Einige Daten müssen wir für statistische Zwecke erheben. Vielen Dank.

Personalien der anzumeldenden Person

| | | | |
|----------------|--|-------------------------|--|
| Name: | | Vorname: | |
| Adresse: | | PLZ / Ort: | |
| Geburtsdatum: | | Heimatort: | |
| Steuerdomizil: | | Nationalität: | |
| Konfession: | | Aufenthaltsbewilligung: | |
| Zivilstand: | | Sprache: | |
| AHV-Nummer: | | E-Mail: | |

| | | | |
|----------------------|--|----------------|--|
| Krankenkasse: | | Mitglieds-Nr.: | |
|----------------------|--|----------------|--|

Bitte bringen Sie Ihre **aktuelle Krankenversicherungskarte spätestens am Eintrittstag mit**. Diese wird bei uns aufbewahrt und Ihnen beim Austritt wieder ausgehändigt.

| | | | |
|------------------|--|----------|--|
| Hausarzt: | | Vorname: | |
| Adresse: | | PLZ/Ort: | |
| Telefon: | | Fax: | |

| | | | |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Eintrittsdatum: | | Uhrzeit (10.00-11.00): | |
| Zimmertyp: | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> |

Bezugsperson für Eintritt in APZ Loogarten

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensionsvertrag/Kontaktperson | | <input type="checkbox"/> Finanzen/Rechnung | | <input type="checkbox"/> Amtsperson/Beistand | |
| Name: | | Vorname: | | | |
| Adresse: | | PLZ / Ort: | | | |
| Tel.Geschäft: | | Tel. Privat: | | | |
| E-Mail: | | Mobile: | | | |
| Bemerkung: | | | | | |

Datenblatt Aufnahme

Aufenthalt: Der **Mindestaufenthalt beträgt 2 Wochen**. Bis zur 8. Aufenthaltswochen mit 7 Tage Kündigungsfrist. Ab der 9 Aufenthaltswoche mit einer 1 Monat Kündigungsfrist auf jeweils Ende Monat.

- Daueraufenthalt ab
 Zwischenplatzierung ab
 Ferien- oder Entlastungsaufenthalt von bis
 Temporärer Aufenthalt von bis
 FU (fürsorgerische Unterbringung) von bis
 Akut- und Übergangspflege nach KVG
 14tägige Spitalverordnung von bis

Vorauszahlung: ja nein in Klärung

Bei einem geplanten Aufenthalt von **mehr als 2 Wochen** wird eine Vorauszahlung von CHF 5'000 erhoben.

Finanzierung

Bezug von Ergänzungs-/Zusatzleistungen: ja nein in Klärung
 Bezug einer IV-Rente: ja nein in Klärung
 Sozialhilfe: ja nein in Klärung
 Hilflosenentschädigung: ja nein in Klärung

Privatwäsche: Alle persönlichen Wäsche-/Kleidungsstücke der Bewohnerin müssen, aus betrieblichen Gründen, mit Loogarten Beschriftungen gekennzeichnet sein. Bitte bringen Sie die Wäsche wenn immer möglich **5 Arbeitstage** vor dem Eintritt in das Alters- und Pflegezentrum Loogarten.

Telefon: Jedes Bett (ausser A-EG) verfügt über ein Telefon. Die Gesprächstaxen werden gemäss Swisscom Tarifen effektiv verrechnet. Bei Kurzaufenthalten unter 3 Wochen werden pro Tag pauschal CHF 1.00 verrechnet.

TV-Gerät: ja nein Installation durch: Loogarten Privat

Internet: wenn ja Die Bewohnerin muss das direkt bei der GGA Maur anfordern.

Wohnsituation vor Eintritt: allein lebend mit PartnerIn Angehörigen
 anderes, nämlich

Wohnform vor Eintritt:

eigenes Haus / eigene Wohnung
 Haus / Wohnung zur Miete
 bei Angehörigen
 betreutes Wohnen / Wohngemeinschaft
 betreutes Wohnen / Wohngruppe
 andere Institution / Haushaltsform
 Altersheim / Pflegeheim / Krankenhaus / Pflegewohngruppe
 ohne Spitexbetreuung mit Spitexbetreuung
 Akutspital Psychiatrische Klinik Rehabilitationsklinik

Patientenverfügung vorhanden: ja nein wird abgeklärt
Vorsorgeauftrag vorhanden: ja nein wird abgeklärt

Angehörige/Ansprechpersonen

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensionsvertrag/Kontaktperson | | <input type="checkbox"/> Finanzen/Rechnung | | <input type="checkbox"/> Amtsperson/Beistand | |
| Name: | | | Vorname: | | |
| Adresse: | | | PLZ / Ort: | | |
| Tel.Geschäft: | | | Tel. Privat: | | |
| E-Mail: | | | Mobile: | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensionsvertrag/Kontaktperson | | <input type="checkbox"/> Finanzen/Rechnung | | <input type="checkbox"/> Amtsperson/Beistand | |
| Name: | | | Vorname: | | |
| Adresse: | | | PLZ / Ort: | | |
| Tel.Geschäft: | | | Tel. Privat: | | |
| E-Mail: | | | Mobile: | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensionsvertrag/Kontaktperson | | <input type="checkbox"/> Finanzen/Rechnung | | <input type="checkbox"/> Amtsperson/Beistand | |
| Name: | | | Vorname: | | |
| Adresse: | | | PLZ / Ort: | | |
| Tel.Geschäft: | | | Tel. Privat: | | |
| E-Mail: | | | Mobile: | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pensionsvertrag/Kontaktperson | | <input type="checkbox"/> Finanzen/Rechnung | | <input type="checkbox"/> Amtsperson/Beistand | |
| Name: | | | Vorname: | | |
| Adresse: | | | PLZ / Ort: | | |
| Tel.Geschäft: | | | Tel. Privat: | | |
| E-Mail: | | | Mobile: | | |

Beilagen (von Einweiser: Arzt/Institution)

| | | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Pflegerischer Überweisungsrapport | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Austrittsbericht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Verordnung Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Verordnung Pflege-Material | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Verordnung Physiotherapie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Verordnung AÜP | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Pflege- und Betreuungsbedarf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Allergien- und Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Verordnung Diäten / Kostformen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |
| Anordnung FU (fürsorgerische Unterbringung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> angefordert |

Datenblatt Aufnahme

Die angemeldete Person oder deren Vertreter/in bestätigt, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt sind.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:

1. Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere Allgemeinen Vertragsbedingungen und Taxordnung sowie die Zahlungsmodalitäten der Stiftung Loogarten.
2. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass beim Eintritt in unser Alters- und Pflegezentrum ein Pensionsvertrag abzuschliessen ist.
3. Sie nehmen zur Kenntnis, dass sämtliche persönliche Wäschestücke gegen Verrechnung gekennzeichnet werden.

Ort und Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift der angemeldeten Person

Vertretung

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------|--|
| Bezug zur angemeldeten Person | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Adresse: | | PLZ / Ort: | |
| Tel.Geschäft: | | Tel. Privat: | |
| E-Mail: | | Mobile: | |

Ort und Datum

Unterschrift der mithaftenden Person

Bitte beachten Sie:

Bei definiertem Eintrittsdatum muss das Anmeldeformular unterschrieben bis spätestens einen Arbeitstag vor Eintritt in unser Alters- und Pflegezentrum vorliegen.