

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.