

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:	756.	E-Mail:	

Krankenkasse:		Vers.-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:	
Tel.:		eMail-Adresse:	
Fax:			

Bei einem **Daueraufenthalt** wünschen Sie einen Wechsel von Ihrem Hausarzt zu unserem Heimarzt?

ja nein

Wenn ja, unterstützen wir Sie gerne um die nötigen Schritte einzuleiten. Auf der letzten Seite dieses Anmeldeformulars steht Ihnen ein vorbereiteter Brief zur Verfügung. Bitte ergänzen Sie diesen mit den nötigen Angaben (inkl. Identitätskartekopie) und senden Sie den unterzeichneten Brief an Ihren Hausarzt.

Wünschen Sie bei Ihrem **Kurz-Aufenthalt** im Loogarten eine Betreuung durch

Ihren Hausarzt oder
 unserem Heimarzt (ohne Krankenakte-Verschiebung & nur für die Dauer des Aufenthalts im Loogarten)

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 checked="" 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:			

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
 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

Die Finanzierung des Aufenthalts ist überprüft und gesichert?: ja nein in Klärung
 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
 Kostengutsprache liegt vor: 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.

TV-Gerät: ja nein
 wenn ja: eigenes Gerät Mietgerät durch Loogarten (CHF 4.00/Tg.)

Internet: ja nein

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
Spitexbericht	<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
Medikamente (Originalverpackt od. verblistert)	<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

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.

Absender:

Vorname/Name

Adresse

PLZ/Ort

Einschreiben

Adresse des Arztes

.....

.....

.....

Ort und Datum

Auskunftsbegehren

Sehr geehrter Herr Dr.

Sehr geehrte Frau Dr. (nicht Zutreffendes streichen)

Ich mache hiermit von meinem gesetzlichen Auskunftsrecht nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 Gebrauch und bitte Sie um Zustellung eines Ausdrucks bzw. von Kopien meiner gesamten Krankengeschichte innerhalb von 30 Tagen. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der mir zugestellten Unterlagen wollen Sie mir bitte bestätigen.

Zu meiner Legitimation lege ich die Kopie eines amtlichen Ausweises bei.

Für Ihre Bemühungen danke ich Ihnen bestens.

Freundlichen Grüßen

Unterschrift

Beilage: Kopie meines Identitätsausweises