

# Anmeldung Pflegezimmer

## EINLEITUNG

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

## Objekt

Pflege-Einzelzimmer mit eigenem WC und Dusche (Nr. \_\_\_\_\_)

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt (max. 3 Monate)

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

→ *Die Zimmerzuteilung erfolgt nach Betreuungs- und Pflegebedarf des Bewerbenden und anhand der freien Kapazitäten durch das Heim. Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.*

## Verbindliche Anmeldung

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätigt der Unterzeichnende, dass die Anmeldung dringlich ist.

## Anmeldung in anderen Institutionen

Ich bin auch noch in folgenden Institutionen angemeldet:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf oder Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere

Sohn/Tochter des: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name des Vaters)

Sohn/Tochter der: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name der Mutter)

Zivilstand:  ledig  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Heimatort / Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Letzter Wohnort (genaue Adresse): \_\_\_\_\_

Wohnhaft in dieser Gemeinde seit: \_\_\_\_\_

Letzte Wohnform vor dem Eintritt:  Privathaushalt  Spital  
 anderes Heim: \_\_\_\_\_

Spitex-Betreuung vor dem Eintritt:  nein  
 ja (Gemeinde: \_\_\_\_\_)

## Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Karten-Nummer: \_\_\_\_\_

Karte gültig bis: \_\_\_\_\_

Leistung:  Allgemein  Halbprivat  Privat

→ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.

## Haftpflichtversicherung

Name/Adresse der Versicherung: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

## Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

→ Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

1. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

2. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

3. Kontakt Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner  1. Kontakt  2. Kontakt  3. Kontakt

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

→ Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.

## Augenarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Zahnarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Finanzierung

→ *bitte aktuelle, detaillierte Steuerveranlagung beilegen.*

Die Rechnungsstellung der Rechnung erfolgt an:

- Bewohner       1. Kontakt       2. Kontakt       3. Kontakt  
 Treuhandbüro       via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- Bewohner       1. Kontakt       2. Kontakt       3. Kontakt  
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?       ja       nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?       ja       nein

→ *wenn ja, bitte Verfügung beilegen.*

Haben Sie jemals Schenkungen gemacht?       ja       nein

Besitzen Sie Grundeigentum?  ja  nein

Wenn ja, ist eine Liegenschaft selbstbewohnt durch:

Ehefrau / Ehemann  eingetragen(e) Partner oder Partnerin

→ *Der/die Unterzeichnende erklärt mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass für die Bezahlung der Heimkosten vollumfänglich Garantie übernommen wird und entsprechende Sicherheiten vorhanden sind.*

## Gesundheitsfragen

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Haben Sie eine Booster-Impfung erhalten?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie von einer COVID-19 Infektion genesen?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

→ *wenn ja, bitte eine Kopie des Zertifikates beilegen.*

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut?  ja  nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

### Spitexorganisation:

Name der Spitex: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

→ *Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.*

## Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein

→ *wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.*

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein

→ *wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.*

## Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?  ja  nein

→ wenn ja, bitte eine Kopie beilegen.

## Diverse Wünsche

Zimmerschlüssel gewünscht:  ja  nein

TV-Gerät gewünscht:  ja  nein

Telefon gewünscht:  ja  nein

Montagearbeiten:  ja  nein

wenn ja, welche Leistungen: \_\_\_\_\_

Elektroarbeiten:  ja  nein

wenn ja, welche Leistungen: \_\_\_\_\_

Standardmöblierung entfernen:  ja  nein

wenn ja, was: \_\_\_\_\_

## Weitere Bemerkungen

---

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften:

\_\_\_\_\_

Bewerbende(r)

\_\_\_\_\_

Vertreter(in)

## Beilagen zur Anmeldung für ein Pflegezimmer

Zwingend vollständig beizulegen:

- Ärztliches Diagnoseblatt
- Verordnung vom Arzt (ärztliches Zeugnis)
- Überweisungsbericht (von Spitex)
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Kontoangabe für Depotrückzahlung

Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)