

Anmeldung Hauseintritt

WOHNFORM

<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung
<input type="checkbox"/> Rehabilitative Pflege (Übergangspflege)	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ferienpflege	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tagespflege	
Gewünschter Eintrittstermin:	<input type="text"/>
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	<input type="text"/>

PERSONALIEN

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	AHV-Nr. (PEID)	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>		

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSON

1. Bezugsperson

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>
Tel. Geschäft	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

2. Bezugsperson

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>
Tel. Geschäft	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

HAUSARZT

Name	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefonnr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

KRANKENKASSE

Gesellschaft / Name	<input type="text"/>		
IDNR	<input type="text"/>	Karten-Nr.	<input type="text"/>

FINANZIELLES

- Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Korrespondenz- und Rechnungsempfänger)
- Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie

Name	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefonnr.	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Patientenverfügung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine gerichtlich verfügte Sachwalterschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

BEMERKUNGEN (Anmeldegrund etc.)

ERKLÄRUNG

- Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben.
- Ich entbinde Ärzte von der Wahrung des Berufsgeheimnisses und ermächtige sie, dem Case Management der LAK alle notwendigen Auskünfte zu erteilen.
- Kann der zukünftige Bewohner aufgrund seines gesundheitlichen Zustands die Anmeldung nicht selbständig vornehmen, bestätigt die anmeldende Person, dass die vorliegende Anmeldung mit ihm vorab besprochen wurde.

ANMELDENDE PERSON

Name:

Zukünftiger Bewohner

Angehöriger 1. Bezugsperson

Spital

Hausarzt

Sachwalter

Andere

Datum

DATENSCHUTZ

Die Angaben werden von uns für die Dauer des Aufenthaltes und bis zum Ablauf unserer gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. a) und b) DSGVO.

Hinweis: Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schliesst dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.