

WOHNFORM

Langzeitpflege

Vorsorgliche Anmeldung

Rehabilitative Pflege (Übergangspflege)

von

bis

Ferienpflege

von

bis

Tagespflege

Gewünschter Eintrittstermin

Gewünschter Aufenthaltsort

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

PERSONALIEN

Name

Geburtsdatum

Vorname

Zivilstand

Strasse / Nr.

Konfession

PLZ / Ort

AHV-Nr. (PEID)

Tel. Nr.

Heimatort

Nationalität

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSON

1. Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Mobile

Tel. Privat

Tel. Geschäft

E-Mail

Verwandtschaftsgrad /
Bezug zur Person

2. Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Mobile

Tel. Privat

Tel. Geschäft

E-Mail

Verwandtschaftsgrad /
Bezug zur Person

HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Tel. Nr.	E-Mail

KRANKENKASSE

Gesellschaft / Name	
IDNR	Karten-Nr.

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	Strasse / Nr.
Vorname	PLZ / Ort
Tel. Nr.	Mobile

(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Erhalten Sie eine Hilfflosenentschädigung?	Ja	Nein
Erhalten Sie Betreuungs- und Pflegegeld?	Ja	Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung?	Ja	Nein
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?	Ja	Nein
Besteht eine gerichtlich verfügte Sachwalterschaft?	Ja	Nein

BEMERKUNGEN (Anmeldegrund etc.)

ANMELDENDE PERSON

Name

Vorname

Zukünftiger Bewohnender

Angehöriger 1. Bezugsperson

Spital

Hausarzt / Hausärztin

Sachwalter / Sachwalterin

Andere

ERKLÄRUNG

- Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben.
- Ich bestätige, dass ich allfällige Drittpersonen (beispielsweise Angehörige / Vertrauenspersonen / Rechnungsempfänger) darüber informiert habe, dass ich ihre personenbezogenen Daten, sofern erforderlich, an die LAK weitergebe.
- Ich entbinde Ärzte von der Wahrung des Berufsgeheimnisses und ermächtige sie, der LAK alle notwendigen Auskünfte zu erteilen.
- Sollten für den Hauseintritt erforderliche Daten nicht bekannt sein bzw. im Formular fehlen, ermächtige ich die LAK, die erforderlichen Daten bei den betreffenden Stellen (beispielsweise bei der Liechtensteinischen AHV-IV-FAK, dem Sachwalterverein, etc.) zu erfragen.
- Kann der zukünftige Bewohnende aufgrund seines gesundheitlichen Zustands die Anmeldung nicht selbständig vornehmen, bestätigt die anmeldende Person, dass die vorliegende Anmeldung mit dem zukünftigen Bewohnenden vorab besprochen wurde.

DATENSCHUTZ

Die Angaben werden von uns für die Dauer des Aufenthaltes und bis zum Ablauf unserer gesetzlichen Aufbewahrungsfrist (10 Jahre) gespeichert. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Bst. a (Einwilligung) und Bst. b (Erfüllung eines Vertrages) DSGVO. Alle weiteren wichtigen Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage unter „Datenschutz“.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Hinweis: Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schliesst dies alle Geschlechter mit ein.