

TERTIANUM

(wird durch das Wohn- und Pflegezentrum Résidence ausgefüllt)

Eintritt	
Zimmer- / Whg.-Nr.	
Telefon-Nr.	

Anmeldung

Wohnform

<input type="checkbox"/>	Pflegeabteilung	<input type="checkbox"/>	1½-Zimmer-Wohnung	<input type="checkbox"/>	2½-Zimmer-Wohnung
<input type="checkbox"/>	Daueraufenthalt				
<input type="checkbox"/>	Kurzaufenthalt	von		bis	
<input type="checkbox"/>	Tagesaufenthalt	von		bis	

Gewünschtes Eintrittsdatum

<input type="checkbox"/>	Dringlich	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich	ab	
--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	----	--

Personalien

Familienname		Lediger Name	
Vorname		Beruf	
Geburtsdatum		Konfession	
Zivilstand		AHV-Nummer	
Heimatort		Geburtsort	

Zivilrechtliche Wohnsitzadresse

Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	
E-Mail			

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (Klinik, Spital, Kurhaus, REHA-Klinik, anderes Heim, Angehörige, etc.)

Aufenthaltsort		E-Mail	
Strasse / Nr.		Telefon	
PLZ / Ort		Natel	

TERTIANUM

Nächste Angehörige / Bezugspersonen / Vertretung / Beistand

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn / Tochter / Enkel / Bekannte ...)

1. Ansprechperson / Vertrauensperson für Anmeldung im Heim

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

2. Vertretung / Beistand

<input type="checkbox"/>	Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	Beistand
Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

3. Weitere Angehörige / Bezugspersonen

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:			
Familienname		E-Mail	
Vorname		Tel. Privat	
Strasse / Nr.		Tel. Geschäft	
PLZ / Ort		Natel	

Ärzte

Hausarzt

Name / Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	

TERTIANUM

Arzt bei Heimaufenthalt			
Name / Vorname		Tel. Praxis	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Versicherungen			
Krankenkasse			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon			
<input type="checkbox"/>	Privatversicherung	<input type="checkbox"/>	Halbprivatversicherung
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Allgemeine Versicherung
Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)			
Gesellschaft		Vers.-Nr.	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon			
Haftpflicht-Versicherung			
Gesellschaft		Policen-Nr.	
Rechnungsempfänger			
Rechnung an Bewohner / Bewohnerin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
			Nein
Wenn nicht Selbstzahler, geht Rechnung an folgende Person:			
<input type="checkbox"/>	Vertretende Person gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	Beistand
Dokumente			
Vorsorgeauftrag (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Krankenkasse (Kopie Leistungsausweis beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja
Zusätzlich für Eintritt in die Pflegeabteilung			
EL-Verfügung vorhanden (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger HE (Hilflosenentschädigung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
EL-Antrag gestellt (wenn ja, Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bezüger IV (Invalidenversicherung)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen			
Ort / Datum		Bewohnerin / Bewohner / Vertretung	