

Anmeldung

Name _____

Vorname _____ Ledigname _____

Heimatort _____ Geb.-Datum _____

Nationalität _____ Zivilstand _____

Konfession _____ Spitex ja nein

AHV-Nr. _____

Aktuelle Adresse _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz _____ Kanton _____

Urteilsfähigkeit gemäss Arzteugnis ja nein (zutreffendes ankreuzen)

Covidimpfung erfolgt ja nein erwünscht

(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

Booster-Impfung erfolgt ja nein erwünscht

(falls erfolgt, bitte Kopie Zertifikat und Impfbestätigung beilegen)

Krankenkasse _____ Mitgl.-Nr./Police-Nr. _____

Kartenummer 80756 _____

(Kopie Krankenkassen-Karte Vorder- und Rückseite beilegen)

Hausarztmodell ja nein

Hausarzt _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Vorhandensein offizieller Vertretungsvollmachten

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgeauftrag ja nein

Beistandschaft ja nein

Eine Kopie der/des Dokumente/-s sind/ist der Anmeldung beizulegen.

Adresse Vertreter/-in (Bezugsperson 1)

Primäre Ansprechperson für persönliche Belange, so namentlich für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung. Für finanzielle Belange ist sie ebenfalls Ansprechperson, falls kein separater Rechnungsempfänger/-in angegeben ist. Der/Die Vertreter/-in (Bezugsperson 1) erhält regelmässig Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angebote für Angehörige.

Name _____

Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____

E-Mail _____

Adresse Bezugsperson 2

Sekundäre Ansprechperson für alltägliche Belange. Sie erhält regelmässige Informationen über Anlässe, Ereignisse und Angehörigen Angebote – sofern gewünscht.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail _____

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Wünscht regelmässige Informationen der Sonnweid zu erhalten ja nein

Weitere Kontaktpersonen

Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und der Station zur Kenntnisnahme weiterleiten. Falls Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie uns diese Adressen mittels einer Beilage mitzuteilen.

Rechnungsempfänger

Ansprechperson für finanzielle und damit zusammenhängende, administrative Belange. Der/Die Rechnungsempfänger/-in erhält so namentlich die Heimrechnungen.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Adresse _____
Telefon-Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail _____

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Liegt keine Patientenverfügung, kein Vorsorgesauftrag und keine Beistandschaft vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt:

1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister (vgl. ZGB Artikel 382 Absatz 3).

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben.

Name _____ Vorname _____
Ort, Datum _____ Unterschrift _____