**Stammdaten**  Dringende Anmeldung  Vorsorgliche Anmeldung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname | |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort | |  |
| gesetzl. Wohnsitz |  | Heimatort | |  |
| Tel. Nr. |  | Geburtsdatum | |  |
| Soz. Vers. Nr. | 756. | Ehem. Beruf | |  |
| Konfession |  | Zivilstand | |  |
| Familienname/Vorname(n) Vater | |  | | |
| Mädchenname/Vorname(n) Mutter | |  | | |
| Patientenverfügung | | ja | nein | |
| Vorsorgeauftrag | | ja | nein | |
| Mitglied einer Sterbeorganisation | | ja | nein | |
| Elektronisches Patientendossier (EPD) | | ja | nein | |

**Aktuelle Lebensform** (vor Heimeintritt)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| allein lebend |  |  | |
| mit Ehe-/Lebenspartner im gleichen Haushalt |  | Name des Ehe-/Lebenspartners: | |
| Spitexleistungen | ja | | nein |

**Vertretung Personenvorsorge** (Vertrauenspersonen, Angehörige oder gesetzliche Vertreter)

medizinische & pflegerische Belange und alles, was die Persönlichkeit tangiert

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primärkontakt** | Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Tel. Nr. |  | E-mail |  |
| Verhältnis zum Bewohner | |  | |
| **Benachrichtigung bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands oder im Todesfall:** | | | |
| Gesundheitliche Verschlechterung  tagsüber  nachts  nie  Todesfall  tagsüber  nachts  nie | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sekundärkontakt** | Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Tel. Nr. |  | E-mail |  |
| Verhältnis zum Bewohner | |  | |
| **Benachrichtigung bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands oder im Todesfall:** | | | |
| Gesundheitliche Verschlechterung  tagsüber  nachts  nie  Todesfall  tagsüber  nachts  nie | | | |

**Vertretung Vermögensvorsorge** (Vorsorgebeauftragte, Angehörige oder gesetzliche Vertreter)

Finanzielle Interessenvertretung, Finanzverwaltung, Rechtsvertretung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ/Ort |  |
| Tel. Nr. |  | E-mail |  |
| Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad | |  | |
| Rechnungszustellung an | | Vertretung Vermögensvorsorge  Bewohner | |
| Postzustellung an | | Vertretung Vermögensvorsorge  Bewohner | |
| **Benachrichtigung bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands oder im Todesfall:** | | | |
| Gesundheitliche Verschlechterung  tagsüber  nachts  nie  Todesfall  tagsüber  nachts  nie | | | |

**Krankenversicherung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | |
| PLZ/Ort |  | | |
| Versicherungs-Nr. |  | | |
| Versicherungskarten-Nr. |  | Karte gültig bis |  |

**Ärzte**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt |  |
| Zahnarzt |  |
| Augenarzt |  |

**Gewünschter Aufenthalt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aufenthaltsart | Langzeitaufenthalt  Ferienaufenthalt  Tagesstruktur  Nachtstruktur | | |
| Zimmerart | Einzelzimmer  Doppelzimmer  kein Wunsch | | |
| Eintrittsdatum |  | Austrittsdatum |  |
| Wochentage  bei Tages-/Nachtstruktur |  | | |

|  |
| --- |
| **Kommunikation**  Der Bewohner erhält nach Eingang dieser Anmeldung eine schriftliche Bestätigung zugesandt.  Wenn Sie Fragen zu einer Patientenverfügung oder eines Vorsorgeauftrages haben, sind wir Ihnen gerne behilflich. Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-mail an uns: 081 929 56 56, info@puntreis.ch |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  | **Unterschrift** |  |