

Bewohner- anmeldung



Bewohneranmeldung

Eintrittsdatum: _____

Reserviert ab: _____

Adresse und Personalien

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ und Ort _____



Natel-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Konfession _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Heimatort _____

Zivilstand _____

Soz.-Vers.-Nr. _____

Krankenkasse
(Bitte Karte am ersten Tag
mitnehmen) _____

Mitglied-Nr. (Krankenkasse) _____

Patientenverfügung vorhanden Ja (Bitte beilegen) Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja (Bitte beilegen) Nein

Zimmerkosten (Grundleistung/Betreuungs- und Pflegetaxe)

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Grundleistungen: CHF 205.00	<input type="checkbox"/> Zweierzimmer Grundleistungen: CHF 150.00
Betreuungstaxe: CHF 45.00	Betreuungstaxe: CHF 45.00
Pflegetaxe (BESA Stufe): Bis maximal CHF 23.00	Pflegetaxe (BESA Stufe): Bis maximal CHF 23.00

Allgemeine Informationen

Bezieht EL: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beistandschaft beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, welche Art: _____
Bezieht Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostengutsprache beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spitex vor Eintritt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verordnung Physiotherapie beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bezieht Pro Mobil: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Medikamentenrezept beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, bitte beilegen)
Sars-CoV-2 geimpft: (Falls ja, bitte Nachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Nein: Bewohner-/in möchte sich impfen lassen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Privatwäsche waschen: <input type="checkbox"/> Heim* <input type="checkbox"/> Angehörige	

*Für die Bezeichnung wird ein Pauschalbetrag von CHF 150.- erhoben

Allgemeine Informationen

Momentaner Aufenthaltsort: _____

Anmeldung erfolgt durch:
(Name, Vorname) _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Verrechnung persönlicher Leistungen

Wir bitten Sie anzugeben, wie die folgenden Kostenpunkte abgerechnet werden sollen. Bei Änderungen während der Aufenthaltszeit, bitten wir Sie uns dies zu melden.

Taschengeld wird von wem ausbezahlt

Heim*

Angehörige

Eigenes Konto

Kein TG

*Taschengeldhöhe pro Monat für den Bewohner:

CHF _____

Kosten unterschiedlich sollten wie folgt verrechnet werden

Coiffeur:	<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="checkbox"/> Monatliche Heimrechnung	<input type="checkbox"/> Nein (Keinen Coiffeurbesuch im Heim)
Kosmetische Fusspflege: CHF 70.- pro Mal (alle 4-6 Wo.)	<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="checkbox"/> Monatliche Heimrechnung	<input type="checkbox"/> Keine
Hygieneartikel:	<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="checkbox"/> Monatliche Heimrechnung	<input type="checkbox"/> Nein (Kein Bezug durchs Heim)
Raucher:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie viele Zigaretten pro Tag/Monat: _____
Verrechnung Zigaretten:	<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="checkbox"/> Monatliche Heimrechnung	<input type="checkbox"/> Nein (kein Bezug durchs Heim)
Anmeldung mobiler Zahnarzt:	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein	*Einmalige Kostengutsprache von CHF 100.- für die Bestandesaufnahme. Bei weiteren Schritten wird sich die Praxis direkt mit Ihnen in Verbindung setzen. Für weitere Infos kontaktieren Sie uns.
Privathaftpflichtversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Police-Nr.: _____

Die Klinik Lindenegg empfiehlt eine Privathaftpflichtversicherung abzuschliessen.

Rechnungsadresse

Anrede:	_____	Tel.-Nr.:	_____
Name:	_____	Handy:	_____
Vorname:	_____	E-Mail:	_____
Strasse:	_____		
PLZ, Wohnort:	_____		
Zahlung:	<input type="checkbox"/> Rechnung EZS	<input type="checkbox"/> Rechnung Direct Debit/LSV	
Depot: CHF 6'000.00	<input type="checkbox"/> Rechnung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> Teilzahlungen (Max. auf 3 Monate verteilt)

Kontakte

Die Kontaktangabe dient als E-Mail-Korrespondenz für allgemeine Informationen des Hauses.

1. Bezugsperson	2. Finanzperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Strasse: _____
PLZ, Wohnort: _____	PLZ, Wohnort: _____
Tel.-Nr.: _____	Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Wir benötigen folgende Unterlagen

Wir bitten Sie, **falls vorhanden**, folgende Unterlagen bereits vorgängig an die E-Mail-Adresse lindenegg@hin.ch zu schicken:

- Rezepte
- Diagnoseblatt
- Pflegeplanung
- Sars-CoV-2 Impfnachweis
- Provisorischer und pflegerischer Austrittsbericht

Diverses

Wir bitten Sie zu beachten, dass Sie beim TV-, Festnetz- und Handy-Anbieter die Adressänderung früh genug melden. Falls Sie die Änderung nicht früh genug melden, kann dies zu hohen Kosten führen.

Rücktrittsbedingungen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit dieser Angaben.

Im Weiteren bestätigen Sie mit der Unterzeichnung dieses Dokumentes, dass die eintretende Person per obgenanntem Datum eintreten wird. Falls die eintretende Person nicht eintreten sollte, bitten wir Sie, uns dies bis spätestens fünf Tage im Voraus mitzuteilen, andernfalls werden wir Ihnen die Aufwendungen in Rechnung stellen müssen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Dieses Formular können Sie auch auf der Homepage www.klinik-lindenegg.ch elektronisch ausfüllen.