

# Anmeldung Bewohner



## Eintrittsdatum in der Klinik Lindeneegg:

### Adresse und Personalien

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Natel

E-Mail

Konfession

Geburtsdatum

Zivilstand

Nationalität

Heimatort

Sozial-Versicherungs Nr.

Patientenverfügung vorhanden

Ja (bitte beilegen)

Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden

Ja (bitte beilegen)

Nein

**Name der Krankenkasse**

**Krankenkasse** Kennnummer des Trägers

**Krankenkasse** Kennnummer der Karte

# Bewohneranmeldung

und EPD (Elektronisches Patienten Dossier) Zugriffsberechtigung



## Einzelzimmer

**Grundleistungen** CHF 205.00

Betreuungstaxe CHF 45.00

Pflegetaxe  
(BESA Stufe) bis maximal CHF 23.00

## Zweierzimmer

**Grundleistungen** CHF 150.00

Betreuungstaxe CHF 45.00

Pflegetaxe  
(BESA Stufe) bis maximal CHF 23.00

## TV/Internetkosten

Fernsehnutzung:  
Mietkosten pro Monat CHF 10.00

Internetnutzung:  
Mietkosten pro Monat CHF 10.00



## Allgemeine Informationen

### Anmeldung erfolgt durch:

Name

Vorname

### Momentaner Aufenthaltsort:

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Bezieht Ergänzungsleistungen:  Ja  Nein

Beistandschaft beantragt:  Ja  Nein

Falls ja, welche Art:

Bezieht Hilflosenentschädigung:  Ja  Nein

Kostengutsprache beantragt:  Ja  Nein

Spitex vor Eintritt:  Ja  Nein

Verordnung Physiotherapie beantragt:  Ja  Nein

Bezieht Pro Mobil:  Ja  Nein

Medikamentenrezept beantragt:  Ja  Nein  
(Falls ja, bitte beilegen)

Privatwäsche mit Namen beschriften:  Heim:  Angehörige  
(Pauschal CHF 150.-)

Die Kosten der Wäschereinigung trägt die Klinik



## 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:

Kein Taschengeld  Angehörige  Eigenes Konto  Heim

Höhe des Taschengeldes: Betrag in CHF/pro Tag

## Verrechnung anderer Kosten

Coiffeur:  Taschengeld  Monatliche Heimrechnung  
 Nein (kein Coiffeurbesuch im Heim)

Kosmetische Fusspflege alle 4-6 Wochen (CHF 70.- pro Behandlung):  
 Taschengeld  Monatliche Heimrechnung  
 Nein

Hygieneartikel:  Nein  Monatliche Heimrechnung  
(Kein Bezug durchs Heim)

Raucher:  Ja  Nein  
Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag/Monat:

Bezug Zigaretten:  Taschengeld  Monatliche Heimrechnung  
 Nein (Kein Bezug durchs Heim)



### Wichtiger Hinweis:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass das Rauchen in den Innenräumen der Klinik Lindeneegg AG aus Sicherheitsgründen komplett untersagt ist. Dies ist eine Sicherheitsmassnahme, welche unbedingt einzuhalten ist. Es kann keine Ausnahme toleriert werden. Die Raucherzonen sind draussen im Garten und/oder vor dem Eingangsbereich bei den Bänkli.

Hausarzt:  Ja  Nein

Name  Vorname

PLZ  Ort

Privathaftpflichtversicherung:

Police-Nr.:



## Rechnungsadresse

Anrede

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Natel

E-Mail

Zahlung:

Rechnung EZS

Rechnung Direct Debit/LSV

Depot CHF 6'000.-

Rechnung EZS

Einmalige Zahlung

Teilzahlungen (Max. auf 3 Monate verteilt)

Sollte aus wirtschaftlichen Gründen kein Depot bezahlt werden können, so ist zwingend eine Garantieerklärung auszufüllen und mit einer rechtsgültigen Unterschrift zu unterzeichnen. Andernfalls behalten wir uns vor, die angemeldete Person nicht aufzunehmen.



## Kontakte

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

### 1. Bezugsperson

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Natel

E-Mail

### 2. Finanzperson

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Natel

E-Mail

## Wir benötigen folgende Unterlagen

Wir bitten Sie, falls vorhanden, folgende Unterlagen vorgängig an [lindeneegg@hin.ch](mailto:lindeneegg@hin.ch) zu schicken:



- Rezepte
- Diagnoseblatt
- Pflegeplanung
- Provisorischer und pflegerischer Austrittsbericht

### Diverses

Wir bitten Sie die Adressänderung frühzeitig beim TV-, Festnetz- und Handy-Anbieter zu melden. Falls Sie die Adressänderung 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 obengenanntem 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:

---

Name

---

Vorname:

---



## Elektronisches Patientendossier (EPD)

### Erteilung der Zugriffsberechtigung

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist eine Sammlung persönlicher Dokumente und Informationen rund um Ihre Gesundheit. Über eine sichere Internetverbindung sind diese Informationen sowohl für Sie als auch für Ihre Gesundheitsfachpersonen jederzeit abrufbar. Sie selbst bestimmen, wer welche Dokumente wann einsehen darf.

Die von Ihnen berechtigten Gesundheitseinrichtungen können die Dokumente einsehen und aktualisieren. Wenn Sie über ein EPD verfügen und den Gesundheitsfachpersonen der Klinik Lindeneegg AG Zugriff auf Ihr EPD erteilen wollen, müssen Sie diese Zugriffserteilung in Ihrem elektronischen Patientendossier (EPD) vornehmen. Selbstverständlich können Sie die Zugriffsberechtigung jederzeit widerrufen.



1 Verfügen Sie über ein EPD?  Ja  Nein

1.1. Wenn ja, möchten Sie den Zugriff auf Ihr EPD der Klinik Lindeneegg AG erteilen?

Ja  Nein

2 Möchten Sie ein EPD erstellen?

Falls Sie ein Elektronisches Patientendossier (EPD) eröffnen wollen, dann wenden Sie sich bitte an eine offizielle Eröffnungsstelle. Das Vorgehen und wo Sie eine Eröffnungsstelle finden entnehmen Sie bitte diesem Link:

<https://www.patientendossier.ch/epd-anbieter>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Handhabung des Elektronischen Patientendossiers verstanden habe und die damit verbundenen markierten Angaben richtig ausgefüllt sind.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Name

Vorname:

Bitte in Blockschrift gut lesbar ausfüllen

Ort, Datum:

Unterschrift (gesetzliche Vertretung):

