

Anmeldeformular

Personalien	
Familienname:	Lediger Name:
Vorname:	Geburtsdatum:
Zivilstand:	Konfession:
AHV Nr.:	Heimatort:
Angemeldet in:	seit:
Nationalität:	Bewilligung:

Vorgesehener / gewünschter Eintritt: _____	
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Kurzetaufenthalt (mind. 14 Tage)	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalt

Wohnsitzadresse (vor dem Eintritt)	
Adresse:	
Telefon Nr.:	Handy Nr.:
E-Mail-Adresse:	

Aktueller Aufenthaltsort	
Aufenthaltsort/Institution:	
Adresse:	

Hausarzt	
Name:	
Adresse:	
Hausarzt kommt ins Haus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein , wären Sie bereit den HA zu wechseln?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Krankenversicherer	
Name, Adresse Krankenkasse:	
Versicherten Nr.:	
Unfallversicherung:	

Haben Sie eine Patientenverfügung Wenn ja, bitte Kopie an uns.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Vorsorgeauftrag erteilt? Wenn ja, bitte Kopie an uns.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Mitglied einer Sterbeorganisation Wenn ja, bei welcher? _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grundsätzlich schreiben wir die Autonomie und Selbstbestimmung in unserem Zentrum – auch in Bezug auf das Lebensende – gross. Wird eine Suizidbeihilfe in Betracht gezogen, wenden sie sich vorgängig an die Zentrumsleitung und beachten Sie das «MB Suizidbeihilfe», welches wir Ihnen gerne aushändigen.		

Pensionskosten / Leistungsbezüge	
Ich komme für die Pensionskosten selbst auf	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, wer leistet die Kostengutsprache? _____	
Ich beziehe bereits	
<input type="checkbox"/> Invalidenrente	<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung <input type="checkbox"/> muss beantragt werden
	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> muss beantragt werden
Rechnungsstellung an:	

Angehörige	
Primärbezugsperson (alle Korrespondenz (ausser Monatsrechnung), Informationen und Benachrichtigungen im Notfall gehen von unserer Seite an diese Person.)	
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Sonstige	
Name/Adresse:	
Tel. Nr./Handy:	E-Mail-Adresse:
Weitere Angehörige / Bezugsperson	
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Sonstige	
Name/Adresse:	
Tel. Nr./Handy:	E-Mail-Adresse:

Gesetzlicher Vertreter (Beistand)	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name/Adresse:	

Bemerkungen:

- Mit der Anmeldung nehme ich zur Kenntnis / bin ich einverstanden,
- dass die zum Zeitpunkt des Eintritts aktuelle Tarifordnung Gültigkeit hat.
 - dass grundsätzlich keine freie Zimmerwahl besteht. (Natürlich nehmen wir soweit möglich Rücksicht auf Wünsche.)
 - dass ein Zimmerwechsel aus pflegerischen oder organisatorischen Gründen möglich ist.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Für die definitive Anmeldung benötigen wir vor dem Eintritt folgende Unterlagen:

- Kopie Krankenkassenkarte
- Arztbericht und Medikamentenliste
- Physioverordnung und/oder andere Therapieverordnungen
- Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Kostengutsprache, falls die Pensionskosten nicht selbst getragen werden können