

Anmeldung für das **Alterszentrum Rinau Park**

Grund der Anmeldung

- ☐ Vorsorglich
☐ Dringend

Personalien

Name:	Vorname:
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	
Geburtsdatum:	Beruf:
Heimatort:	
Zivilstand:	Konfession:

Kontaktpersonen

1. Person/Gesetzlicher Vertreter

Name:	Art des Bezugsverhältnisses:
Adresse:	
Telefon/Mobil:	E-Mail:

2. Person/Gesetzlicher Vertreter

Name:	Art des Bezugsverhältnisses:
Adresse:	
Telefon/Mobil:	E-Mail:

Hausarzt

Name/Adresse:

Rechnungsempfänger

Name:
Adresse:

Krankenkasse Grundversicherung

bitte eine Kopie der Versicherten-Karte beilegen

Name der Grundversicherung:	
AHV-/Sozialversicherungsnr.:	Versichertennummer:
Karten-Nr. / VEKA-Nr.:	Karte gültig bis:

Zusatzversicherung falls nicht identisch mit Grundversicherung bitte eine Kopie der Versicherten-Karte beilegen

Name der Zusatzversicherung:	
Karten-Nr. / VEKA-Nr.:	Karte gültig bis:

Hinweis

Für das Weiterführen einer optimalen Betreuung benötigen wir zusätzlich ein **aktuelles Arztzeugnis**, ein **gültiges Medikamentenrezept** sowie die **notwendigen Pflege- und Therapieangaben**.

Einverständnis

Ermächtigung zur Auskunft und Einverständniserklärung: Die unterzeichnende Person erlaubt allen Behörden, zuweisenden Institutionen und externen Dienstleistern des Alterszentrums Rinau Park, die angeforderten Auskünfte zu erteilen.

Zahlungsinformation: Die unterzeichnende Person bestätigt, die gültige Taxordnung mit den aktuellen Aufenthaltskosten erhalten zu haben. Sie nimmt zur Kenntnis, dass beim Eintritt in die Pflegeeinrichtung ein separater Betreuungsvertrag mit der Bewohnerin/dem Bewohner und/oder deren gesetzlichen Vertretung abgeschlossen wird.

Sicherheit: Mit dem mobilen **Bewohnerruf-System** (Uhr mit Ruf-/Notfallknopf am Handgelenk) kann der aktuelle Aufenthaltsort des Bewohners/der Bewohnerin im Haus jederzeit geortet werden. Dies dient der Sicherheit.

Datenschutz: Für unsere Website, die sozialen Medien und die Gestaltung von Printmedien werden gelegentlich Bilder von internen Anlässen veröffentlicht, auf denen Bewohnende erkennbar sein können. Eine Weitergabe der Bilder an Dritte oder die Nutzung zu anderen Zwecken ist ausgeschlossen. Der/die Unterzeichnende ist damit ☐ **einverstanden** / ☐ **nicht einverstanden**.

Unterschriften

Der/die Unterzeichnende(n) nimmt/nehmen zur Kenntnis, dass bei Eintritt in das Alterszentrum Rinau Park ein separater Pensionsvertrag mit dem Bewohner abgeschlossen wird.

Bewohner

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vertreter des Bewohners/Rechnungsempfänger

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte offen lassen / Wird bei Heimeintritt ausgefüllt

Weitere Angaben

Erhalten Sie bereits **Hilflosenentschädigung**? ☐ Ja ☐ Nein ☐ wird beantragt Falls ja: ☐ leicht / ☐ mittel / ☐ schwer

Erhalten Sie bereits **Ergänzungsleistungen**? ☐ Ja ☐ Nein ☐ wird beantragt

Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Original ist hinterlegt (Ort):

Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, **Kopie beilegen**

Beistandschaft vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Name Adresse Beistandschaft:

Verschiedenes

Besondere Wünsche:

Telefon im Zimmer: ☐ Ja ☐ Nein

Briefkasten im Foyer: ☐ Ja ☐ Nein

Wäsche waschen: ☐ Ja ☐ Nein

Wasche nähen: ☐ Ja (kostenpflichtig) ☐ Nein

Podologie: ☐ Ja (kostenpflichtig) ☐ Nein

Dentalhygiene ☐ Ja (kostenpflichtig) ☐ Nein

Eintritt

Datum:

Uhrzeit:

Zimmer-Nummer:

☐ Akutspital ☐ Reha ☐ Spitex ☐ Arzt ☐ Tagesbetreuung ☐ PDAG ☐ Andere Institution:

☐ Privat von Zuhause ☐ mit Spitex / ☐ ohne Spitex

Vorschussleistung

☐ Ja ☐ Subsidiäre Kostengutsprache ☐ eingereicht:

☐ erhalten: