**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 [ ]  nieTodesfall [ ]  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 [ ]  nieTodesfall [ ]  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 [ ]  nieTodesfall [ ]  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** |       |