

Anmeldeformular für Langzeit- oder Kurzeitaufenthalt

Gewünschter Eintrittszeitraum: 0-3 Monate 4-6 Monate mehr als 6 Monate

Wunschdatum Kurzeitaufenthalt: bis

Name (-Geburtsname)	Vorname
Aktuelle Wohnadresse (Strasse, PLZ, Ort)	Telefonnummer
	Heimatort / -Kanton
Geburtsdatum	Konfession
Versicherten-Nummer (13-stellig) 756.	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Krankenkasse	Krankenkassenkarten-Nummer (20-stellig) 80756
Hausarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Spezialarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Zahnarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Augenarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsorgeauftrag vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie bereits eine Ergänzungsleistung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beziehen Sie bereits eine Hilflosenentschädigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer

Angehörige / Vertrauenspersonen / gesetzliche Vertretungen	
<input type="checkbox"/> Primärkontakt für administrative und finanzielle Fragen <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Name / Vorname Adresse, Ort Verwandtschaftsgrad Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht bei Todesfall <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht	<input type="checkbox"/> Primärkontakt für Fragen betr. Betreuung und Pflege <input type="checkbox"/> Beistand (gem. Ernennungsurkunde KESB) Telefon Privat Telefon Geschäft Natel E-Mail Bemerkung Benachrichtigung
<input type="checkbox"/> Primärkontakt für administrative und finanzielle Fragen <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger Name / Vorname Adresse, Ort Verwandtschaftsgrad Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht bei Todesfall <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht	<input type="checkbox"/> Primärkontakt für Fragen betr. Betreuung und Pflege <input type="checkbox"/> Beistand (gem. Ernennungsurkunde KESB) Telefon Privat Telefon Geschäft Natel E-Mail Bemerkung Benachrichtigung
Name / Vorname Adresse, Ort Verwandtschaftsgrad Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht bei Todesfall <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht	Telefon Privat Natel E-Mail Bemerkung Benachrichtigung
Name / Vorname Adresse, Ort Verwandtschaftsgrad Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht bei Todesfall <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht	Telefon Privat Natel E-Mail Bemerkung Benachrichtigung

Rechnungsempfänger (Name / Vorname, Adresse, PLZ, Ort)

.....
.....

Telefon

(gemäss Merkblatt Telefon- und Internetanschluss)

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer?
(CHF 25.00 / Monat)

ja nein
(Sie erhalten eine
eigene Nr.)

Post

Folgende Postregelung wird gewünscht:

- Sämtliche Post in Briefkasten legen
(nur für PWG möglich)
- nur Zeitungen / Zeitschriften ins Postfach legen, Briefpost an
den Primärkontakt senden
- sämtliche Post an den Primärkontakt senden

Bewohnerwäsche

(gemäss Merkblatt Bewohnerwäsche)

Kennzeichnung der Kleidungsstücke:

- erfolgt durch Zentrum Ergolz
 wird selber organisiert

Instandstellung der Kleidungsstücke:

- erfolgt durch Zentrum Ergolz
 wird selber organisiert

Waschen der Kleidungsstücke:
(nur Ausfüllen bei Anmeldung als Feriengast)

- erfolgt durch Zentrum Ergolz (Kennzeichnung der Kleidungsstücke nötig)
 wird selber organisiert

.....
wird durch die Bewohneradministration ausgefüllt:

Name / Vorname Bewohner:

Wohngruppe:

Zimmer-Nummer:

Verwendung von Bildmaterial

Gerne möchten wir die Vielfalt des gemeinsamen Alltages und Aktivitäten im Zentrum Ergolz in Bildern festhalten. Mit den Fotos wollen wir die Wände im Hause schmücken, unserer Webseite Farbe verleihen sowie unsere Jahresberichte und Flyers illustrieren. Bitte kreuzen Sie untenstehend Ihren Wunsch an:

- Ich bin einverstanden, dass die Fotos verwendet werden.
 Ich wünsche keine Veröffentlichung der Fotos.

Bewohnertransporte

(gemäss Merkblatt Transporte)

- Transporte werden durch die Angehörigen organisiert / durchgeführt.
 Transporte sollen durch das Zentrum Ergolz organisiert / durchgeführt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der ausgefüllten Angaben. Die aktuelle Preisliste habe ich erhalten und erkläre mein Einverständnis. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Anmeldung als verbindlich und mit Kostenfolge gilt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(des Bewohners oder gesetzlichen Vertretung)

.....

.....

Für die Rücksendung des unterzeichneten Formulars vor Eintritt danken wir Ihnen. Ihre Angaben werden vertraulich und nach Vorgaben des Datenschutzgesetzes behandelt.

Beilagen zum Anmeldeformular:

- Identitätskarte oder Pass (Kopie)
- Krankenkassenkarte (Kopie)
- Patientenverfügung (Kopie)
- Vorsorgeauftrag (Kopie)
- Verfügung Ergänzungsleistung (Kopie / falls vorhanden)
- Verfügung Hilflosenentschädigung (Kopie / falls vorhanden)

Umgang mit persönlichen Daten der Bewohner

Gemäss gesetzlichen Datenschutzbestimmungen dürfen Daten zu Ihrer Person und Gesundheit nicht ohne Ihr Einverständnis an Dritte (z. B. Hausarzt, Apotheke, Ärzte, Pflegefachpersonen in Spitälern sowie Vertreter/-innen von Versicherungen) weitergegeben oder eingeholt werden. Darunter fallen z. B. Informationen zu Diagnosen, Medikation, Therapien, Unverträglichkeiten / Allergien und der Patientenverfügung. Ohne ihr schriftliches Einverständnis erhalten wir im Falle eines Spitalaufenthaltes auch keine telefonische Auskunft zu Ihrem Befinden oder über notwendige Therapien.

Damit wir eine auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Betreuung und Pflege gewährleisten können, sind wir auf diesen gegenseitigen Informationsfluss mit Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten angewiesen.

Wir bitten Sie deshalb, der nachfolgenden Ermächtigung zur Weitergabe und/oder Einholung von Informationen zu Ihrer Gesundheit zuzustimmen. Alle Mitarbeitenden des Zentrum Ergolz unterstehen der Schweigepflicht, die Daten werden nur für unsere Arbeit verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Es steht Ihnen selbstverständlich frei, die Weitergabe bzw. das Einholen von Informationen abzulehnen. Wir müssen Sie in diesem Falle darauf hinweisen, dass ohne Kenntnisse der Diagnosen, Medikation und Therapien die Betreuung und Pflege durch unser Personal nur bedingt und nicht ohne Zeitverzug erfolgen kann.

Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten

- Ja, ich ermächtige das Zentrum Ergolz meine Daten gemäss obiger Erklärung weiterzugeben oder einzuholen.
- Nein, ich erteile mein Einverständnis nicht aus folgendem Grund:

.....

Bewohnername:

Ort, Datum:

Unterschrift:
(Bewohner oder gesetzliche Vertretung)

.....
(Name der gesetzlichen Vertretung in Blockschrift)