

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Aufnahme ist gem. PDL

möglich: \_\_\_\_\_  nicht möglich: \_\_\_\_\_

Kopie Pflege, Finanzen: \_\_\_\_\_

Zettel bei Wohnsitz SG gesandt: \_\_\_\_\_

Zuweiser Name: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Übergabedatum: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

## Anmeldeformular Langzeitaufenthalt

für ein

grosses Zimmer mit Dusche / WC

Standard-Zimmer mit Dusche / WC

Zimmer mit Lavabo / WC

in der Demenzabteilung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Lediger Name \_\_\_\_\_  
*Gemäss amtlichen Dokumenten*

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
*Gemäss amtlichen Dokumenten*

Nationalität \_\_\_\_\_ Heimatort / Kanton \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Natel-Nr. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Ehem. Beruf \_\_\_\_\_

Zivilrechtlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_

### Folgende offizielle Vertretungsvollmachten liegen vor:

Patientenverfügung  ja  nein

Vorsorgeauftrag  ja  nein

Beistandschaft  ja  nein

### Krankenkasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Sektion \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Krankenkassen-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

**Ärzte****Hausarzt** \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Zahnarzt** \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Augenarzt** \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Ohrenarzt** \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Weitere Spezialärzte** \_\_\_\_\_

Benötigen Sie...	- Hilfe (Spitex) bei der täglichen Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie...	- Spezialkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Rollator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Gehstöcke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Besitzen Sie ein Haustier, das Sie in den Breitenhof mitnehmen möchten?** ja    nein   wenn ja, welches? \_\_\_\_\_**Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung?**Ergänzungsleistungen  ja    neinHilflosenentschädigung  ja    nein**Sind Sie Mitglied oder beabsichtigen Sie in nächster Zeit einer Sterbehilfeorganisation (EXIT) beizutreten?** ja    nein

**Adressen Angehörige, Verwandte oder Behörden**

Primäre Ansprechperson für alltägliche Belange und Fragen der Pflege und Betreuung.  
Erhält Informationen und Ereignisse für Angehörige.

Damit wir Ihre Bezugspersonen auf Anfrage angemessen über Ihren Gesundheitszustand oder medizinische Behandlungen informieren können, benötigen wir Ihre Entbindung der gesetzlichen Geheimhaltungspflicht (z.B. vom Berufs- und oder Amtsgeheimnis).

- Folgende Bezugspersonen dürfen über meinen Gesundheitszustand und/oder medizinische Behandlungen informiert werden:

**Bezugsperson 1**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Email (erforderlich) \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Natel-Nr. \_\_\_\_\_

**Verwandtschaftsgrad:**

- Ehefrau/Ehemann  Partner/in  Tochter/Sohn  Enkel  Patenkind  Nichte/Neffe  
 Beistand  andere \_\_\_\_\_

**Bezugsperson 2**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Email (erforderlich) \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Natel-Nr. \_\_\_\_\_

**Verwandtschaftsgrad:**

- Ehefrau/Ehemann  Partner/in  Tochter/Sohn  Enkel  Patenkind  Nichte/Neffe  
 Beistand  andere \_\_\_\_\_

- Ich möchte nicht, dass Bezugspersonen über meinen Gesundheitszustand informiert werden.

**Weitere Kontaktpersonen**

Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen schriftlich mitteilen.



## Rechnungsempfänger – wer regelt die finanziellen Angelegenheiten

Diese Person erhält die Heimrechnung und agiert als Ansprechpartner in finanziellen und administrativen Belangen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Natel-Nr. \_\_\_\_\_

### Verwandtschaftsgrad:

- Ehefrau/Ehemann    Partner/in    Tochter/Sohn    Enkel    Patenkind    Nichte/Neffe  
 Beistand    andere \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- bei Eintritt ein Depot von CHF 7'000.00 zu entrichten ist.
- die Zimmerübergabe innerhalb von 14 Tagen, ab mündlicher Vereinbarung zu erfolgen hat.
- ein Lastschriftverfahren (LSV) für die Heimrechnung einzurichten ist.
- diese Anmeldung vollständig ausgefüllt und mit einem Arztzeugnis (Diagnosen und Medikamentenliste) einzureichen ist.
- das Zentrum Breitenhof zum Zwecke der Erfüllung des Vertrags während meines Aufenthalts Personendaten bearbeitet. Die Erhebung und die Bearbeitung von Personendaten ist in der Datenschutzerklärung für Aufenthalte erläutert.

### Unterschrift der antragstellenden Person

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragssteller/in \_\_\_\_\_

oder

### Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Liegt kein Vorsorgeauftrag vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt.

1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister (vgl. ZGB Art. 382 Abs. 3)

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

