

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 ja nein

Haben Sie... - Spezialkost ja nein

- Rollstuhl ja nein

- Rollator ja nein

- Gehstöcke ja nein

- Hörgerät ja nein

- Herzschrittmacher ja nein

Besitzen Sie ein Haustier, das Sie in den Breitenhof mitnehmen möchten?

ja nein wenn ja, welches? _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung?

Ergänzungsleistungen ja nein

Hilflosenentschädigung 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 _____

Bankdaten

Bankname _____ PC / IBAN-Nr. _____

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.
- 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 _____

