

Anmeldung als Bewohnerin/Bewohner für das Wohn- und Pflegeheim See-Spital Kilchberg

Damit wir Ihre Aufnahme vorbereiten und die notwendigen Abklärungen treffen können, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten. Bitte füllen Sie alle Seiten in Blockschrift aus und stellen Sie das Formular der Leitung des Wohn- und Pflegeheims See-Spital Kilchberg zu.

Personalien Bewohner/in

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	AHV-Nummer (neue AHV-Nr. ab 1.7.2008)
Strasse, Nummer		Zusatzadresse c/o	
Postleitzahl, Wohnort		Kanton / Staat	
Telefon Privat		Natel, Fax etc.	
Steuerdomizil (PLZ, Ort, Kanton/Staat) seit		Heimatort / Bürgerort (für Ausländer bitte Nationalität)	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden	Konfession

Personalien der nächsten Angehörigen

Name		Vorname	
Strasse, Nummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon (am Tag erreichbar)		Telefon (in der Nacht erreichbar)	
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Eltern (Vater/Mutter)	<input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte
Korrespondenz per Post? <input type="checkbox"/>		Korrespondenz per Mail? <input type="checkbox"/>	
		Mail Adresse:	

Name	Vorname
------	---------

Strasse, Nummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon (am Tag erreichbar)	Telefon (in der Nacht erreichbar)
<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Eltern (Vater/Mutter)	<input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter
<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Freunde oder Bekannte
Korrespondenz per Post? <input type="checkbox"/>	Korrespondenz per Mail? <input type="checkbox"/> Mail Adresse:

Angaben zur Einweisung

Hausarzt	Einweisender Arzt
Praxisadresse Hausarzt	Praxisadresse des einweisenden Arztes
Der Aufenthalt in der Wohn- und Pflegeabteilung ist ein <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von: bis: <input type="checkbox"/> temporärer Aufenthalt / ÜP von: bis: <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt ab:	

Gewünschte Zimmerkategorie <input type="checkbox"/> 1er-Zimmer (mit Dusche und WC) <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer (mit Dusche und WC) <input type="checkbox"/> Komfort 1er-Zimmer (mit Dusche und WC) nur auf Anfrage erhältlich
--

Grundversicherung (KVG)

Name
vollständige Adresse
Mitgliedernummer
Unfaldeckung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

wie Grundversicherung

Zusatzversicherung (VVG)

Name
vollständige Adresse
Mitgliedernummer
Unfalldeckung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Unterstützungseinnahmen

Zusatzleistungen zur AHV/IV ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nummer und Datum einer gültigen Verfügung	
Name der Ausgleichskasse	Ausbezahlter Unterstützungsbeitrag pro Monat

Im Falle einer Urteilsunfähigkeit

Es besteht ein Vertretungsrecht durch:	
<input type="checkbox"/> Ehegatte/in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> es ist niemand bestimmt <input type="checkbox"/>
Name, Vorname
Strasse, Nummer
Postleitzahl, Wohnort
Telefon Privat
Telefon Geschäft
Natel
eMail

<input type="checkbox"/>	Es besteht ein Vorsorgeauftrag: Wenn ja, wo abgelegt?
<input type="checkbox"/>	Es besteht eine Patientenverfügung: Wenn ja, wo abgelegt?
<input type="checkbox"/>	Es besteht eine Beistandschaft: Wenn ja, welcher Art?
<input type="checkbox"/>	Ergänzungsleistungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Hilflosenentschädigung? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/>	zu Hause Spitex in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Rechnungsadresse (für allfällige Aufenthaltskosten und private Bezüge)

Name	Vorname
Strasse, Nummer	Postleitzahl, Ort
Telefon	Natel, Fax etc.

Bankverbindung für allfällige Rückzahlungen

Name Bank oder Postkonto	IBAN Nummer
Konto lautend auf:	

Anmerkungen

--

<p>Das See-Spital Kilchberg verlangt beim Eintritt ein Depot. Dieses wird nicht verzinst und mit der Schlussrechnung verrechnet. Die Depotzahlung beträgt für einen Aufenthalt bis zu einem Monat CHF 4000.--, ab einem Aufenthalt länger als ein Monat CHF 8000.--.</p>
--

Wird der Aufenthalt nach erfolgter Anmeldung nicht angetreten, wird eine Umtriebsentschädigung von CHF 200.—in Rechnung gestellt.

Unterschrift

Sofern dies für meinen jetzigen Aufenthalt von Bedeutung ist, erteile ich den behandelnden Ärzten die Erlaubnis, Auskünfte bei Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich früher in Behandlung stand, einzuholen.

Ort und Datum	Unterschrift oder des gesetzlichen Vertreters
---------------	---