

Anmeldeformular Pflegewohnen

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf, Schützenstrasse 1, 5416 Kirchdorf oder per E-Mail an info@vivale-kirchdorf.ch. Bei Fragen und Unklarheiten geben wir Ihnen gerne telefonisch unter +41 56 266 41 00 oder per E-Mail via info@vivale-kirchdorf.ch Auskunft.

Besten Dank.

1. Kontaktdaten

Name	Vorname		
Geburtsdatum	AHV-Nr.	756.	
Heimatort / Nationalität	Konfession		
Zivilstand			
Trärgemeinde (Schriften hinterlegt)	PLZ	Ort	Kanton

2. Aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Wohnhaft seit

3. Adresse, von wo der Übertritt stattfindet, falls nicht aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Eintritt aus einer Institution (wie Spital)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Ort Institution	

4. Gesetzliche Vertretung (Rechtsdelegation)

Keine Beistandschaft / Vorsorgebeauftragte/-r (Bitte Kopie Verfügung / Vorsorgeauftrag beilegen)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	

5. Rechnungsempfänger/-in (falls nicht Bewohnende/-r)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort

Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Beziehung zu Bewohnender/-m

6. Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Ärztliche Betreuung durch:	<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin

7. Krankenkasse (bitte Kopie der Karte beilegen)

Krankenversicherung	Sektion/Ort
Versicherten-Nr.	
Versicherung mit Hausarzt-Modell abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie von Krankenversicherungskarte (beidseitig) beigelegt	

8. Angehörige / Notfallkontakte

Erste Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

Zweite Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation <input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht	

9. Verfügungen / Bestätigungen / Finanzierung (bitte Kopie beilegen)

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung AHV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Elektronisches Patientendossier (EPD)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bezahlung der Rechnung mit LSV+	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Separate Einbruchsachversicherung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nein
Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen
Unfallversicherung (obligatorisch)	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen

10. Kontoinformationen

Name des Finanzinstituts

Adresse

IBAN Nr.

Lautend auf

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Angehörige / Freunde / Bekannte
- Beratung (Pro Senectute, Sozialdienst Spital, Spitex, Hausarzt/-ärztin usw.)
- Bewohnende/-r Vivale Kirchdorf
- Öffentlicher Anlass im Haus / Messe / Ausstellung
- Zeitungsinserat
- Auf Empfehlung von:
- Anderes:

12. Empfangsbestätigung und Genehmigung

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit den Erhalt folgender Dokumente:

- Taxordnung Pflegewohnen;
- Zusatzleistungen für Bewohnende;
- Hausordnung;
- Merkblatt Beschwerdemöglichkeiten;
- Rechte unserer Bewohnenden.

Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars akzeptiert er/sie den Inhalt der vorgenannten Dokumente.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Bewohnende/-r / Gesetzliche Vertretung

Hinweis

Post für die Bewohnenden, welche in das Seniorenzentrum Vivale Kirchdorf gesendet wird, werden wir der jeweiligen Empfängerin oder dem jeweiligen Empfänger aushändigen. Wir bitten Sie, bei aller Korrespondenz, die an eine Vertretung gehen soll, eine entsprechende Adressänderung vorzunehmen. Vielen Dank.

Entgegennahme von Einschreiben

Die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf wird hiermit bevollmächtigt, für den/die Bewohnende/-n alle eingeschriebenen Postsendungen, einschliesslich Gerichts- und Betreuungsurkunden, Zahlungsanweisungen etc., entgegenzunehmen.

ja nein

Mit dem Setzen eines Kreuzes bei «Ja» erklärt sich der/die Unterzeichnende mit dem Nachfolgenden ausdrücklich einverstanden:

Die Bevollmächtigung der Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf zur Entgegennahme von Einschreiben für den/die Bewohnende/-n kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat schriftlich zu erfolgen und ist an die Geschäftsführung der Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf zu adressieren.

Der/die Bewohnende nimmt zur Kenntnis, dass die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf die sorgfältige Entgegennahme von Einschreiben für den/die Bewohnende/-n sowie die zeitnahe Aushändigung der Einschreiben im Zimmer des/der Bewohnenden sicherstellt. Für die Einhaltung von allfälligen Fristen, die mit der Entgegennahme von Einschreiben durch die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf ausgelöst werden, sowie die fristgerechte Vornahme von notwendigen (Rechts-)Handlungen ist allein der/die Bewohnende verantwortlich. Mit anderen Worten übernimmt die Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Kirchdorf in diesem Zusammenhang keinerlei zusätzliche Haftung.

13. Gewünschter Einzugstermin

Anmeldung erfolgt vorsorglich Eintritt gewünscht per _____

14. Zusatz für Kurzaufenthalter/-innen

Mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars gibt der/die Kurzaufenthalter/-in sein/ihr Einverständnis, dass die Institution persönliche Daten, insbesondere auch über seinen/ihren Gesundheitszustand, bearbeiten, erheben und (elektronisch) aufbewahren darf. Die Bearbeitung der Personendaten der Bewohnenden beschränkt sich auf den Umfang, welcher für Kurzaufenthalte (insbesondere auch im Rahmen der Bedarfsklärung) notwendig ist. Der/die Kurzaufenthalter/-in entbindet die sie/ihn behandelnden Ärzte und das Pflegefachpersonal von allfälligen Berufsgeheimnissen und Schweigepflichten. Nur so sind die bestmögliche Pflegebedarfsabklärung, medizinische Versorgung und Pflege im Einzelfall gewährleistet.

Der/die Kurzaufenthalter/-in nimmt zur Kenntnis und erteilt mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars gleichzeitig sein/ihr Einverständnis dazu, dass die Institution in Einzelfällen in Zusammenhang mit den erbrachten und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen gesetzlich verpflichtet ist, dem Versicherer zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu erteilen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Die Offenbarungspflicht kann die vollständige Dokumentation der erbrachten Leistungen beinhalten, wenn diese Angaben für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung durch den Versicherer notwendig und geeignet sind. Der/die Kurzaufenthalter/-in hat das Recht, die Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken (Art. 42 Abs. 5 KVG). Nimmt der/die Kurzaufenthalter/-in dieses Recht zur Beschränkung der Einsicht auf den Vertrauensarzt nicht wahr, gewährt die Institution dem Versicherer (ohne Beschränkung auf den Vertrauensarzt) Einsicht in die notwendigen und geeigneten Akten. Die Institution ist in diesem Fall von allfälligen gesetzlichen Berufsgeheimnissen und Schweigepflichten entbunden.

Bei Vorhandensein eines elektronischen Patientendossiers (EPD) informiert der/die Kurzaufenthalter/-in die Institution über deren Zugriffsrechte, damit diese über die für eine bestmögliche Pflege und medizinische Unterstützung erforderlichen Dokumente verfügen und ihrerseits gemäss den Vorschriften zum EPD ihren Pflichten nachkommen kann. Dabei orientiert sich die Institution an den nationalen und kantonalen Gesetzen und den behördlichen Empfehlungen. Die Institution stellt sicher, dass persönliche Daten – auch bezüglich Patientendossier – gemäss den Vorgaben der Datenschutzgesetzgebung verwaltet werden.

Der/die Kurzeitaufenthalter/-in erklärt sich mit der Verwendung von Fotos einverstanden, welche zum Beispiel an festlichen Anlässen aufgenommen werden, namentlich für interne Zwecke, Publikationen in Printmedien und online. Lehnt der/die Kurzeitaufenthalter/-in die Verwendung von Fotoaufnahmen kategorisch ab, muss er/sie dies der Institution beim Eintritt ausdrücklich mitteilen.

Datum _____

Unterschrift _____