

## Anmeldeformular Alters- und Pflegeheim Bürgerspital

Bitte füllen sie das Formular gut leserlich und vollständig aus.

<b>Eintritt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sofort</b>	<input type="checkbox"/> <b>Warteliste</b>
-----------------	--	--

### Persönliche Angaben

Name:		Geb. Datum:	
Vorname:		AHV-Nr.:	
Strasse:		Zivilstand:	
PLZ/Ort:		Heimatort:	
Telefon:		Konfession:	
Mobile:		Darf der Name an die Kirche weitergegeben werden?	
Beruf:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Bezugs- oder Kontaktperson 1. Priorität

Name:		Telefon:	
Vorname:		Mobile:	
Strasse:		E-Mail:	
PLZ/Ort:		Familiengrad:	

### Bezugs- oder Kontaktperson 2. Priorität

Name:		Telefon:	
Vorname:		Mobile:	
Strasse:		E-Mail:	
PLZ/Ort:		Familiengrad:	

### Bezugs- oder Kontaktperson 3. Priorität

Name:		Telefon:	
Vorname:		Mobile:	
Strasse:		E-Mail:	
PLZ/Ort:		Familiengrad:	

### Rechnungsempfänger / Finanzen

Ich erledige die finanziellen Angelegenheiten selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein *
--	-----------------------------	---------------------------------

### \* Angaben der gesetzlichen Vertretung bei finanziellen Angelegenheiten

Name:		Telefon:	
Vorname:		Mobile:	
Strasse:		E-Mail:	
PLZ/Ort:		Familiengrad:	
Zustellung Pensionsrechnung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Angaben zur Gesundheitsversorgung			
Hausarzt:		Telefon:	
Krankenkasse		Gültig bis:	
Ort:		Zusatz Vers.	
Karten-Nr:		Karten-Nr:	
Bezug Ergänzungsleistungen/Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn Ja Kopie an Pflegedienstleitung)		
Vorsorgeauftrag:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn Ja Kopie an Heimleitung)		
EPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Telefon Anschluss</b>	sFr. 35.-/monatlich inkl. Gesprächsgebühren und Festnetznummer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>TV Anschluss</b>	sFr. 25.-/monatlich <b>Nur Sunrise UPC möglich</b> (keine TV Box nötig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besondere Wünsche			
Vorinformationen: Bei einer definitiven Zusage benötigen wir folgende Unterlagen:			
Subsidiäre Kostengutsprache bei Zuzug aus anderen Wohnkantonen / auf Verlangen APH Bürgerspital			
Überweisungsrapport (Spital, Spitex usw.) z.Hd. der Pflegedienstleitung APH Bürgerspital (Drehscheibe)			
Aktueller ärztlicher Bericht z. Hd. der Pflegedienstleitung APH Bürgerspital (Drehscheibe)			
Kopie der Versichertenkarte der Krankenkasse			
Versicherungsnachweis Haftpflicht- u. Hausratversicherung (Kopie Deckblatt Police)			
Vorauszahlungspauschale			
Die Vorauszahlungspauschale (Depot) von sFr. 6000.- muss bei Eintrittsdatum an das Bürgerspital überwiesen werden. (gemäss Heimreglement)			
Allgemeiner Hinweis			
Wir weisen Sie darauf hin, dass dieses Formular keine Zusicherung für eine Aufnahme ist. Über eine Aufnahme wird erst nach den notwendigen Abklärungen und dem Vorliegen der aufgelisteten Unterlagen entschieden. Eine Zusage kann nur erfolgen, wenn die Interessentin oder der Interessent das Heim vorgängig besucht, oder ein Besuch bei ihr/ihm stattgefunden hat.			
Wichtige Hinweise			
<b>Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie ärztliche Fachpersonen und andere medizinische Dienste von der Schweigepflicht und erteilen den Auskunft gebenden Stellen die Vollmacht, pflege- und bereuungsrelevante Informationen an das medizinische Personal des Alters- und Pflegeheim Bürgerspital weiterzugeben. Das Personal des Bürgerspital Rapperswil verpflichtet sich zu jeder Zeit, die Angaben entsprechend den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zu behandeln.</b>			
<b>Ort, Datum:</b>		<b>Unterschrift:</b>	