
Anmeldung Pflegeheim: Bitte alle Punkte genau ausfüllen. Danke.

Personalien

| | | |
|--------------|--------------|-----------|
| Name | Vorname | Jüd. Name |
| Geburtsdatum | Zivilstand | seit |
| Heimatort | Nationalität | AHV-Nr. |
| Strasse | PLZ / Ort | Tel. |

Mitglied jüd. Gemeinde:

- ICZ
- IRG
- Agudas Achim
- Or Chadash / JLG

Wenn nicht jüd.: Konfession:

Momentaner Aufenthalt

Angehörige / Bezugspersonen (nach Priorität): Korrespondenz erfolgt immer an erstgenannte Person a)

| | |
|---|--|
| a) Name / Vorname | Verwandtschaftsgrad |
| Strasse | PLZ / Ort |
| Tel. / Handy | E-Mail (Infoversand erfolgt an diese Adresse): |
| b) Name / Vorname | Verwandtschaftsgrad |
| Strasse | PLZ / Ort |
| Tel./Handy | E-Mail |
| E-Mail Infoversand gewünscht ja/nein: _____ | |

Eintritt Art
Sicherheitsleistung in CHF

| | | | |
|--|-----|-----|-----------|
| <input type="checkbox"/> definitiver Eintritt | ab | | 15'000.00 |
| <input type="checkbox"/> Festeintritt mit Kostengutsprache | ab | | 8'000.00 |
| <input type="checkbox"/> AÜP mit Verordnung 2 Wochen | vom | bis | 2'000.00 |
| <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | vom | bis | 2'000.00 |
| <input type="checkbox"/> Ferien | vom | bis | 2'000.00 |
| <input type="checkbox"/> Schnupperwoche | vom | bis | 2'000.00 |

Anmeldung Pflegeheim: Bitte alle Punkte genau ausfüllen. Danke.

Bankverbindung: (für eventuelle Rückerstattungen der Sicherheitsleistung)

| | |
|-------------------------|---|
| Name Bank | : |
| Kto.-Nr. | : |
| IBAN | : |
| Name Endbegünstigter | : |
| Adresse Endbegünstigter | : |

Rechnungsempfänger*in (sofern nicht Bewohner*in)

Name / Vorname:

Adresse & Ort:

E-Mail:

Tel. / Handy

Postempfänger*in (sofern nicht Bewohner*in)

Name / Vorname

Adresse & Ort:

E-Mail:

Tel. / Handy

Beistandschaft (falls vorhanden) Kopie beilegen

Name / Vorname

Strasse

Tel.

PLZ / Ort

E-Mail

Vorsorgeauftrag

Ja:

Nein:

Ergänzungsleistung

Ja:

Nein:

Hausarzt

Name / Vorname

Strasse

Tel.

PLZ / Ort

Fax

Patientenverfügung Kopie beilegen

Ja:

Nein:

Arztbericht und /oder Diagnose Medizinisches Kopie beilegen

(Datensichere, verschlüsselte Übergabe)

Anmeldung Pflegeheim: Bitte alle Punkte genau ausfüllen. Danke.

Covid Impfstatus

Geimpft: Ja: Nein:

Impfung Ja: wie oft:

Letzter Booster?

Krankenkasse **Allgemein** **Halbprivat** **Privat**

Krankenkasse

Kopie der KK-Karte beilegen

Strasse

PLZ / Ort

Grundversicherung: Mitglied-Nr.

Zusatzversicherung(en): Mitglied-Nr.

Unfallversicherer **Allgemein** **Halbprivat** **Privat**

Krankenkasse

Mitglied-Nr.

Strasse

PLZ / Ort

Zimmer / Möblierung

Bringen Sie Ihre eigenen Möbel mit?

Ja: Nein:

Für Gäste ist das Zimmer komplett möbliert

Bemerkungen:

Küche

Ist eine besondere Verköstigung (Diät) notwendig? ja nein

Schonkost Diabetikerkost

Sind Allergien/ Intoleranzen bekannt?

ja

neinfalls ja, welche?

Hobbies, Tagesgestaltung usw.

Diverses / Wünsche

Vertraulichkeit: Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Pflegeleitung der SIKNA-Stiftung beim Hausarzt, Spezialisten und Spital medizinische Auskünfte einzuholen.

Datum

Unterschrift