

AUFNAHMEGESUCH Langzeitpflege

Eintrittsdatum:

Station:

Zimmer:

Langzeitaufenthalt Tagesaufenthalt Kurzaufenthalt

Name

Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

steuerrechtlicher Wohnsitz

Heimatort

Zivilstand

Konfession

	Angehörige	Beistand/ Vormund
Verwandtschaftsgrad		
Name, Vorname		
Adresse		
PLZ /Ort		
Telefon		

Krankenkasse

Versichertennummer

Vers. Karten Nr.

Neue AHV-Nr. / SV-Nr.

Einweisende Instanz	<input type="checkbox"/> Selbst/Angehörige	<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
Eintritt von	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Spital: _____	<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> anderes: _____

Depotzahlung

Depot Langzeitpflege gem. Geschäftsbedingungen

CHF 5'000.--

Rechnungsstellung an:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung der AHV/IV? ja nein

Patientenverfügung

- Ich bin im Besitz einer Patientenverfügung und werde diese beim Eintritt mitbringen
- Ich bin nicht im Besitz einer Patientenverfügung
- Ich interessiere mich für die Patientenverfügung
- Ich interessiere mich nicht für die Patientenverfügung

Kostenübernahme

Der/die Unterzeichnete verpflichtet sich, die Aufenthaltskosten gemäss Geschäftsbedingungen der Pflegeabteilung der Klinik St. Katharinental zu übernehmen.

Geschäftsbedingungen

- Ich habe die Geschäftsbedingungen erhalten

Die Patientin/der Patient erklärt mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und sich damit einverstanden, dass das behandelnde Spital bei den vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten, sowie weiteren vorbehandelnden Medizinalpersonen die notwendigen medizinischen Informationen einholt und entbindet sie in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht. Zudem erklärt Sie/Er sich damit einverstanden, dass der gegenwärtige Behandlungsstatus sowie der gesamte Behandlungsverlauf anhand von Bildmaterial dokumentiert werden kann und erteilt die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Kostensicherung und ggf. Personalienabklärung notwendigen Daten an die beteiligten Stellen. Die Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der Auflagen des Datenschutzes.

Datum: _____

Unterschrift: _____