

# AUFNAHMEGESUCH Langzeitpflege

Zur Aufnahme in die Klinik St. Katharinental – Abteilung Langzeitpflege - wird angemeldet:

Zimmer-Nr.:

Station:

Eintritt:

Langzeitaufenthalt

Kurzaufenthalt

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

steuerrechtlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sektion \_\_\_\_\_

Vers. Karten Nr. \_\_\_\_\_

Neue AHV-Nr. / SV-Nr. \_\_\_\_\_

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

### Depotzahlung

Depot Langzeitpflege gem. Geschäftsbedingungen Pkt. 4.2 CHF 4 000.–

Depot bei Kurzeitaufenthalt gem. Geschäftsbedingungen Pkt.4.2 CHF 2 000.-

<b>Rechnungsstellung</b>	<input type="checkbox"/> Rechnung	<input type="checkbox"/> LSV
Name:	Die Unterlagen werden Ihnen zu- gestellt.	
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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_