

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 Pkt.4.2 CHF 4'000.--

Depot bei Kurzeitaaufenthalt gem. Geschäftsbedingungen Pkt.4.2 CHF 2'000.--

Rechnungsstellung	<input type="checkbox"/> Rechnung	<input type="checkbox"/> LSV
Name:	Die Unterlagen werden Ihnen zugestellt.	
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: _____