

Anmeldeformular Pflegewohnen

Übergeben oder senden Sie uns bitte das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular an Reliva AG, Zweigniederlassung Vivale Lindenhof, Hauptstrasse 205, 2552 Orpund oder per E-Mail an info@vivale-lindenhof.ch. Bei Fragen und Unklarheiten geben wir Ihnen gerne telefonisch unter +41 32 356 11 11 oder per E-Mail via info@vivale-lindenhof.ch Auskunft.

Besten Dank.

1. Kontaktdaten

Name	Vorname	
Geburtsdatum	AHV-Nr.	756.
Heimatort / Nationalität	Konfession	
Zivilstand		
Trärgemeinde (Schriften hinterlegt)	PLZ	Ort
		Kanton

2. Aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Wohnhaft seit

3. Adresse, von wo der Übertritt stattfindet, falls nicht aktuelle Wohnadresse

Strasse	PLZ / Ort
Eintritt aus einer Institution (wie Spital)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Ort Institution	

4. Gesetzliche Vertretung (Rechtsdelegation)

Keine Beistandschaft / Vorsorgebeauftragte/-r (Bitte Kopie Verfügung / Vorsorgeauftrag beilegen)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	

5. Rechnungsempfänger/-in (falls nicht Bewohnende/-r)

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort

Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	Beziehung zu Bewohnender/-m

6. Hausarzt/-ärztin

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Ärztliche Betreuung durch:	<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Heimarzt/-ärztin

7. Krankenkasse (bitte Kopie der Karte beilegen)

Krankenversicherung	Sektion/Ort
Versicherten-Nr.	
Versicherung mit Hausarzt-Modell abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kopie von Krankenversicherungskarte (beidseitig) beigelegt	

8. Angehörige / Notfallkontakte

Erste Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation	<input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht

Zweite Kontaktperson	Verwandtschaftsgrad / Beziehung
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail	
Kontaktieren bei Notfallsituation	<input type="checkbox"/> tagsüber bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> nachts bis ___ Uhr <input type="checkbox"/> Tag und Nacht

9. Verfügungen / Bestätigungen / Finanzierung (bitte Kopie beilegen)

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ergänzungsleistung AHV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| Bezahlung der Rechnung mit LSV+ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hausratversicherung | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nein |
| Separate Einbruchsachversicherung | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nein |
| Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch) | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen |
| Unfallversicherung (obligatorisch) | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> wird noch abgeschlossen |

10. Kontoinformationen

Name des Finanzinstituts

Adresse

IBAN Nr.

Lautend auf

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Angehörige / Freunde / Bekannte
- Beratung (Pro Senectute, Sozialdienst Spital, Spitex, Hausarzt/-ärztin usw.)
- Bewohnende/-r oder Pensionär/-in Vivale Lindenhof
- Öffentlicher Anlass im Haus / Messe / Ausstellung
- Zeitungsinserat
- Auf Empfehlung von:
- Anderes:

12. Empfangsbestätigung und Genehmigung

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit den Erhalt folgender Dokumente:

- Taxordnung Pflegewohnen;
- Zusatzleistungen für Bewohnende sowie Pensionäre und Pensionärinnen;
- Hausordnung;
- Merkblatt Beschwerdemöglichkeiten;
- Rechte unserer Bewohnenden.

Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars akzeptiert er/sie den Inhalt der vorgenannten Dokumente.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Bewohnende/-r / Gesetzliche Vertretung

Hinweis

Post für die Bewohnenden, welche in das Seniorenzentrum Vivale Lindenhof gesendet wird, werden wir der jeweiligen Empfängerin oder dem jeweiligen Empfänger aushändigen. Wir bitten Sie, bei aller Korrespondenz, die an eine Vertretung gehen soll, eine entsprechende Adressänderung vorzunehmen. Vielen Dank.

13. Gewünschter Einzugstermin

- Anmeldung erfolgt vorsorglich Eintritt gewünscht per _____

Datum _____

Unterschrift _____