

## Aufnahmegesuch

Stand: 28.12.2017

gültig ab 1.1.2018  
Dokument 3.1.010 FO

### 1. Angaben zur Person

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Zivilstand: ..... Konfession: .....

Heimatort: .....

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: .....

Adresse/Wohngemeinde: .....

ehem. Beruf: ..... AHV-Nr.: .....

Adresse Ehepartner/in: .....

Adresse der zur Vertretung berechtigten Person: .....

Kontaktadresse/Angehörige .....

E-Mail-Adresse(n) für Verständigung Angehörige: .....

Rechnungsstellung an (Name/Adresse/Tel./E-Mail): .....

Wird bereits eine **Ergänzungsleistung** ausgerichtet:  ja  nein

Wird bereits eine **Hilflosenentschädigung** ausgerichtet:  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Vorsorgeauftrag vorhanden  ja  nein

Mitglied einer Sterbehilfeorganisation (Exit oder Dignitas)  ja  nein

Krankenkasse/Sektion (Adresse / Mitglied-Nr.): .....

Für ausserkantonale Gesuchsteller: Übernahme von ausserkantonalen Spitalkosten?  ja  nein

### 2. Weitere Angaben

Gewünschter Eintrittstermin: .....  AüP / Kurzaufenthalt  Langzaufenthalt

Einbettzimmer  Zweibettzimmer

\*Hausarzt: .....

Zahnarzt: .....

Augenarzt / Optiker: .....

\*Sollte es Ihr ausdrücklicher Wunsch sein, den bisherigen Hausarzt zu behalten, besteht diese Möglichkeit selbstverständlich. **In diesem Fall müssen sie mit Ihrem Hausarzt klären, ob Behandlung im Pflegezentrum übernehmen kann (Betreuung / Visite / Notfallsituationen).** Andernfalls übernimmt die ärztliche Betreuung bei Eintritt das Ärzteteam der Geriatrie des Spital Linth.

Wünschen Sie, dass der bisherige Hausarzt die ärztliche Betreuung übernimmt?  ja  nein

**Adressen der nächsten Angehörigen (inkl. Verwandtschaftsgrad):**

Verwandtschaftsgrad / Name / Adresse ..... Telefon / E-Mail .....
----------------------------------------------------------------------------

Verwandtschaftsgrad / Name / Adresse ..... Telefon / E-Mail .....
----------------------------------------------------------------------------

Verwandtschaftsgrad / Name / Adresse ..... Telefon / E-Mail .....
----------------------------------------------------------------------------

Bewohner bringt Fernsehgerät / Kopfhörer mit  ja  nein

*Hinweis: Betrieb in Zweierzimmern nur mit Kopfhörer erlaubt!*

**Persönliche Mitteilungen:**

.....  
.....

**An wen soll die Briefpost weitergeleitet werden?**

Bewohner

An folgende Adresse: .....

**Bei Umleitung der Briefpost ist das Einverständnis/eine Unterschrift des Bewohners nötig.**

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....

**Einverständnis:** Für die weitere Bearbeitung im Zusammenhang mit der Sozialversicherungsanstalt (Ergänzungsleistungen, der Krankenkasse sowie gegebenenfalls mit der Wohngemeinde, wird dem Pflegezentrum die Erlaubnis erteilt, entsprechende Abklärungen einzuholen.

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....

---

**3. Interne Angaben:**

Eingang Aufnahmegesuch: ..... Eintritt voraussichtlich Zimmer Nr.: .....

Ferienbett  AÜP/Kurzzeitaufenthalt  Ausserhalb Zweckverband  Alleinbenutzung

Eintritt: ..... Austritt: .....