

EINTRITTSVEREINBARUNG

Personalien

Name / lediger Name	
Vorname	Rufname
Strasse	
PLZ Wohnort	
Geburtsdatum	Zivilstand
Sozialversicherungs-Nr.	Heimatort

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Zuhause	<input type="checkbox"/>	Spital/Heim	<input type="checkbox"/>	Name/Ort	Anderer	<input type="checkbox"/>	Name/Ort
---------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------	---------	--------------------------	----------

Hausarzt

Name	PLZ Ort
------	---------

Krankenversicherung Einige Krankenkassen können einen Wechsel vom Modell Hausarzt in das Standardmodell verlangen

Name	Vers-Nr.
Karten-Nr.	Ablaufdatum (Karte)
Bitte Kopie der Versicherungs-Karte beilegen (Vor- + Rückseite)	

Gewünschtes Eintritts-Datum

--

Anmeldungsgrund

Ferien / Entlastung	<input type="checkbox"/>	Nacherholung	<input type="checkbox"/>	Definitiver Eintritt	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

Zimmerwunsch

Soweit erfüllbar, berücksichtigen wir Ihre Zimmerwünsche. Wir behalten uns aber auch vor, bei pflegerischer und/oder betreuungsorganisatorischer Notwendigkeit, Zimmer und/oder Abteilung in Absprache mit Ihnen zu wechseln.

1-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>	2-Bett-Zimmer	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Privatwäsche

Die Kennzeichnung wird generell vom Haus vorgenommen. (s. Merkblatt)
--

Vertretungen/Beistandschaft/Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung

Vertretungsvollmachten oder Massnahmen im Sinne des Erwachsenenschutzrechtes

- nein
- ja, welche? _____ Bitte Kopien beilegen

Kontaktperson _____ Tel. _____

Adresse _____ E-Mail _____

Patientenverfügung

- nein
- ja, bitte beilegen

Ergänzungsleistung

- EL-Bezüger nein Kopie der letzten Veranlagungsberechnung des Gemeindesteueramtes beilegen
- ja Kopie des letzten Berechnungsblattes für die Ergänzungsleistung beilegen

Hilflosenentschädigung

- HE-Bezüger nein
- ja

Post/Korrespondenz für Bewohner

- an Bewohner abgeben
- an 1. Ansprechperson (Seite 4) weiterleiten
- an folgende Adresse weiterleiten

Nachname _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ Ort _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Rechnungstellung

- an die Adresse des Bewohners
- an die Adresse der 1. Ansprechperson (Seite 4)
- an nachfolgende Adresse

Nachname _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ Ort _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Bank - Lastschriftverfahren LSV möglich: Bitte wenden Sie sich zur Errichtung an unser Sekretariat.

1. Ansprechperson Unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches, etc.)		
Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

weitere Angehörige sind berechtigt, Auskunft über den Allgemeinzustand zu erhalten		
Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

Datenschutz

Der Zweckverband Pflegeheim Werdenberg ist verpflichtet, im Umgang mit persönlichen Daten des Bewohners die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und andere gesetzliche Bestimmungen einzuhalten. Um die angemessene und vertragsgerechte pflegerische, medizinische und soziale Betreuung sicher zu stellen, haben die Angestellten von Pflege & Hospiz im Werdenberg das Recht, von behandelnden Ärzten die notwendigen Angaben zum Gesundheitszustand des Bewohners zu verlangen und der Krankenversicherung des Bewohners Akteneinsicht zu gewähren. Der Bewohner bzw. dessen Vertreter hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versichereres zu beschränken. Im Zusammenhang mit Ein- und Austritten und zur Sicherung der Finanzierung des Aufenthaltes im Pflege & Hospiz im Werdenberg sind zusätzlich sämtliche Behörden, Amtsstellen und (Sozial)Versicherungen von der Schweigepflicht entbunden. Pflege & Hospiz im Werdenberg darf persönliche Daten an Ärzte, Apotheken, Therapeuten, Labors etc. weitergeben, soweit dies für die Rechnungsstellung für Dienstleistungen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Pflege & Hospiz im Werdenberg nötig ist.

Unterzeichnung Betreuungsvertrag

Taxordnung und Heimreglement werden zusammen mit dieser Eintrittsvereinbarung, dem Dokument Bewohnerrechte und dem Positionspapier Sterbehilfe erklärt und abgegeben. Sie bilden mitgeltende Bestandteile der Vereinbarung.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die gemachten Angaben korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen.

Diese Eintrittsvereinbarung gilt rechtsgültig unterzeichnet ab Datum des Eintrittes als Betreuungsvertrag im Sinne v. ZGB 382 ff.

Datum

BewohnerIn

Datum

VertreterIn

Datum

Zweckverband Pflegeheim Werdenberg