

EINTRITTSFORMULAR - Pflegeabteilung

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Das Eintrittsformular sowie die Unterlagen, müssen vollständig & 24h (werktags) vor dem Eintrittstag abgegeben werden. Ansonsten kann kein Eintritt stattfinden.

Eintretende Person

(es sind ausschliesslich Daten der eintretenden Person anzugeben)

weiblich

männlich

Vorname _____

Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Mobile-Nummer _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Ehemaliger Beruf _____

Aufenthaltsart

Langzeitaufenthalt (Zielheim ist Senevita Gellertblick)

Langzeitaufenthalt (Zielheim ist ein anderes Heim), welches: _____

Kurzzeit- oder Entlastungsaufenthalt - von _____ bis _____

Konfession

Reformiert

Römisch-Katholisch

Protestantisch

Jüdisch

Islamisch

Christlich-Orthodox

Christ-Katholisch

Konfessionslos

Andere. Welche: _____

Zivilstand

ledig

verheiratet

getrennt

geschieden

verwitwet

eingetragene Partnerschaft

AHV-Nr. _____

756. _____

Heimatort _____

Staatsangehörigkeit _____

letzte Wohnform

Privathaushalt

Krankenhaus

anderes Heim

Andere, welche? _____

Raucher?

ja

nein

Haustiere?

ja

nein

Rollator/Rollstuhl

Benötigen Sie beim Eintritt einen Rollstuhl oder Rollator der Senevita?

Rollator ja nein

Rollstuhl ja nein

Fernseher

TV-Anschluss gewünscht? ja (CHF 26.--/Monat) nein

Bringen Sie Ihren eigenen Fernseher mit?

ja nein

Falls nein:

Ist ein Miet-TV gewünscht?

ja (55.--/Monat) nein

In den Zimmern des 4. & 5. Stockwerk ist ein Fernseher im Zimmer, deshalb wird der TV-Anschluss automatisch verrechnet.

Telefon

Anschluss mit meiner bisherigen Nr. ja nein

Bitte kontaktieren Sie dafür Ihren Anbieter und leiten die Klemmennummer an die Senevita Gellertblick weiter. Es können zusätzliche Kosten entstehen.

Anschluss von der Senevita gewünscht? ja (CHF 26.--/Monat) nein

Parkplatz gewünscht? ja (CHF 200.--/Monat) nein

Haben Sie ein bestehendes Zeitungsabo?

Zeitungsabonnement wird zugestellt durch:

durch Boten durch Briefträger

Zeitungsart:

BZ BAZ Andere, welche: _____

Wochentag der Zustellung:

MO DI MI DO FR SA SO

Postverteilung

- die gesamte Post geht an die eintretende Person
- die Post (ausgenommen Werbung, Zeitungen & Stimmzettel) wird am Empfang abgeholt
Name der Person: _____
- die Post (ausgenommen Werbung, Zeitungen & Stimmzettel) soll weitergeleitet werden:
 - Beistand
 - Rechnungsempfänger
 - Andere Adresse, welche: _____

Rechnungsadresse

- identische Adresse Beistandschaft
- identische Adresse eintretende Person
- Andere:

Vorname _____
Name _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer _____
Mobile-Nummer _____
E-Mail _____

Beistandschaft

Ist die eintretende Person verbeiständet? ja nein

Wenn ja, Angaben zur Beistandschaft:

Name, Vorname _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer _____
Mobile-Nummer _____
E-Mail _____

Nächste Angehörige (werden im Notfall der Reihe nach informiert):

1. Art der Angehörigkeit: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Mailadresse: _____

-
- Tag und Nacht kontaktieren erst am Tag kontaktieren

2. Art der Angehörigkeit: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Mailadresse: _____

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

3. Art der Angehörigkeit: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Mailadresse: _____

Tag und Nacht kontaktieren

erst am Tag kontaktieren

Allergien

Sind bei der eintretenden Person Allergien bekannt?

ja, welche: _____

nein

Bedürfen Sie einer speziellen Kost/Ernährungsform

ja, welche: _____

nein

Hausarzt

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Soll der bisherige Hausarzt / die bisherige Hausärztin beibehalten werden (freie Arztwahl)?

Ja Der Hausarzt / die Hausärztin ist informiert und bereit, bei Bedarf die aufgenommene Person in der Senevita Gellertblick zu besuchen.

Nein Der Hausarzt / die Hausärztin ist anzuweisen dem Heimarzt einen Übertrittsbericht zuzuschicken.

Augenarzt

Name, Vorname _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer _____

Zahnarzt

Name, Vorname _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer _____

Spitex-Organisation (falls bereits Spitex-Leistungen bezogen werden)

Spitex-Organisation _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefonnummer _____
Email _____

Krankenversicherung

Krankenkasse _____
Vers.-Kartenummer 80756 _____
Police Nummer _____
Karte gültig bis... _____
Versicherungsart Allgemein (Kanton) Allgemein (Schweiz)
 Halbprivate Abteilung Private Abteilung

Zusatzversicherung

identisch wie Grundversicherung
 keine Zusatzversicherung vorhanden

Andere:
Krankenkasse _____
Police Nummer _____

Haftpflichtversicherung

Versicherung _____
Policen-Nr. _____

Persönliche Regelungen

Hat die eintretende Person eine **Patientenverfügung**: ja nein
Wenn ja, wo ist diese hinterlegt:

Hat die eintretende Person einen **Vorsorgeauftrag**: ja nein
Wenn ja, wo ist dieser hinterlegt:

Ergänzungsleistungen

Die angemeldete Person bezieht Ergänzungsleistungen:

Ja, seit: _____
Entscheid der Ausgleichskasse beilegen.

Nein

Hilflosenentschädigung

Die angemeldete Person bezieht Hilflosenentschädigung:

Ja, seit: _____
Verfügung der Hilflosenentschädigung beilegen.

Nein

Bank-/Postverbindung (für allfällige Gutschriften)

Name der Bank _____
IBAN _____
Name des Kontoinhabers _____

Folgende Unterlagen sind beizulegen:

(bitte beachten Sie die Gültigkeit der Dokumente)

- Kopie (Vor- und Rückseite) der Krankenkassenkarte
 - Kopie Police Krankenkasse
 - Kopie der Haftpflichtversicherung (Mind. CHF 3,0 Mio. Deckungssumme)
 - Kopie Regelungen Beistandschaft
 - Kopie der persönlichen Regelungen (Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag ect.)
 - Kopie vom Ergänzungsleistungsentscheid
 - Kopie von Entscheid Hilflosenentschädigung
-

Ich bestätige die Richtigkeit der oben erwähnten Angaben für den Eintritt in die Senevita Gellertblick

- in eigener Sache
- als Vertretungsperson entsprechend Art. 382 Abs. 3 ZGB

Unterschrift der eintretenden resp. vertretenden Person:

Basel, den _____

Name, Vorname
(in Blockschrift) _____

Unterschrift _____