

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

CHF 5'000.--

Rechnungsstellung an:

Name:

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

Ich erkläre mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und bin damit einverstanden, dass das behandelnde Spital/Pflegeheim bei den vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Medizinalpersonen die notwendigen medizinischen Informationen einholt und entbinde sie in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass der gegenwärtige Behandlungsstatus und gesamte Behandlungsverlauf anhand von Bildmaterial dokumentiert werden kann und erteile die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Kostensicherung, der Behandlung und Personalienabklärung notwendigen Daten an die beteiligten Stellen. Die Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der Auflagen des Datenschutzes.

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir eine Rechnungskopie über das elektronische Patientenportal zur Verfügung gestellt wird. Die elektronische Zustellung erfolgt mittels Verwendung meiner Mailadresse und Mobilnummer.

Datum: _____

Unterschrift: _____