|  |
| --- |
| **Bewohnerdaten (letzte Wohnadresse)** |
| **Name** |       | **Vorname**       |
| **Strasse** |       |
| **PLZ/Wohnort** |       | **Tel. privat**       | **Mobile**       |
| **Geb. Datum** |       |
| **AHV-Nr** |       | **Bürgerort**        |
| **Zivilstand** |       | **Konfession**       |
| **Vorsorgeauftrag** | [ ]  Ja [ ] Nein | **Ergänzungsleistungen** | [ ]  Ja [ ] Nein |
| **Beistand** | [ ]  Ja [ ] Nein | **Spitex** | [ ]  Ja [ ] Nein |
| **Patientenverfügung** | [ ]  Ja [ ] Nein | **Hilflosenentschädigung** | [ ]  Ja [ ] Nein |
| *Falls ja, bitte eine Kopie beilegen* | **Grad** [ ]  leicht [ ] mittel [ ]  schwer |
| **Krankenkasse** |       | **Kundennummer**       |
| **Klasse** | [ ]  allgemein [ ] halbprivat [ ]  privat |
| **Versicherungskartennr** | *(Beginnt mit: 80756)*       | **gültig bis**       |
| *Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen* |
| **Bezugsperson 1. Priorität** | **Bezugsperson 2. Priorität** |
| **Name/Vorname** |       | **Name/Vorname** |       |
| **Strasse** |       | **Strasse** |       |
| **PLZ/Wohnort** |       | **PLZ/Wohnort** |       |
| **Tel. u. Mobile** |             | **Tel. u. Mobile** |             |
| **E-Mail** |       | **E-Mail** |       |
| **Beziehungsgrad** |       | **Beziehungsgrad** |       |
| **Rechnungsempfänger:in** | **Gewünschte Aufenthaltsform** |
| **Name/Vorname** |       | **Serata 1** Einzelzimmer [ ]  (mit Zuschlag) 2-Bett-Zimmer [ ]  3-Bett-Zimmer [ ]  (Reduktion) Beschützte Station für Demenz [ ] **Oeggisbüel** 1-Zimmer-Appartement [ ]  2-Zimmer-Appartement [ ]  Ferienzimmer [ ]  Datum      **Tagaktiv** Tagesgast [ ]  gewünschte Tage       |
| **Strasse** |       |
| **PLZ/Wohnort** |       |
| **Tel. u. Mobile** |       |
| **E-Mail** |       |
| **Beziehungsgrad** |       |
| **Hausarzt** |
| Name, Adresse und Telefonnr       |
| **Eintritt von** |
| *Wählen Sie ein Element aus.* Falls Institution/Heim bitte Adresse       |
| **Wie beurteilen Sie die Dringlichkeit der Aufnahme?** nicht dringend [ ]  dringend [ ]  sehr dringend [ ]  |
| **Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?** Nein [ ]  Ja [ ]  welche?      *Bitte eine Kopie der ärztlichen Diagnose / Verordnung beilegen* |
| **Haben Sie spezielle Essgewohnheiten?** Nein [ ]  Ja [ ]  welche?       |
| Interne Angaben (*Bitte leer lassen)*  |
| **Eintritt**DatumZeitSchnuppertag | Datum     Datum | **Serata 1** [ ]  Zi.- Nr.       Bett      **D** [ ]  **F** [ ] **E** [ ]  **G** [ ] **Oeggisbüel** [ ] App.Nr.:      | AÜP / Akut- Übergangspflege nach Spital [ ] ÜP / Überbrückungspflege [ ] LP/ Langzeitpflege [ ] Öggisbüel [ ] FG / Feriengast [ ]  / von/bis:       |
| Zimmerzuschlag Ja [ ]  Nein [ ]  |
| *Einverständniserklärung Tagaktiv* |
| Folgende(r) Tag(e) werden für Sie reserviert      [ ]  Montag [ ]  Dienstag [ ]  Mittwoch [ ]  Donnerstag [ ]  FreitagBei Abmeldungen oder Nichterscheinen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen TagaktivOrt/Datum             Unterschrift |
| **Spezielle Bemerkungen**       |
| **Datum** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | **Ausgefüllt durch**        |