



Anmeldung für Kurzaufenthalt

Name: _____

Vom: _____ bis: _____



Formular
Anmeldung PZ für
Kurzaufenthalte

Personalien

Name _____

Vorname _____ Ledigname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. Nr. _____ Mobile _____

Heimatort _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____ Geburtsort _____

Zivilstand ledig verheiratet mit: _____

verwitwet von: _____

verwitwet seit: _____

geschieden von: _____

geschieden seit: _____

Konfession _____ Spitex ja nein

Sozialversicherungs-Nr. 756. _____

EL-Bezüger/In (Ergänzungsleistung) ja nein

Zivilrechtlicher
Wohnsitz _____ Kanton _____

Krankenkasse Grundversicherung _____

Mitgl.-Nr. _____

Karten-Nr. 807560 _____ (20-stellig)

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Hausarzt _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____



Formular
Anmeldung PZ für
Kurzaufenthalte

Ist der Hausarzt bereit Sie während des Kurzaufenthaltes im Heim zu betreuen?

ja nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? ja nein

Ist eine Beistandschaft vorhanden? ja nein

Um welche Art Beistandschaft handelt es sich?

Umfassende Beistandschaft (Handlungsfähigkeit entfällt)

Mitwirkungsbeistandschaft (Handlungsfähigkeit eingeschränkt)

Vertretungsbeistandschaft (eingeschränkte Handlungsfähigkeit möglich)

Begleitbeistandschaft (keine Einschränkung der Handlungsfähigkeit)

Bitte eine Kopie der Dokumente bei der Anmeldung beilegen.

Adressen Angehörige, Verwandte oder Bekannte

Bezugsperson 1

Primäre Ansprechperson für den Fall, dass ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage bin, meine persönlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten selbst zu regeln.

für medizinische pflegerische Fragen Vermögensangelegenheiten

rechtliche Fragen

Name _____

Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. Nr. _____ Mobile _____

Email _____

Wünschen Sie regelmässige Informationen der Stiftung Rotonda zu erhalten:

ja nein

Wenn ja, Email _____



Formular
Anmeldung PZ für
Kurzaufenthalte

Bezugsperson 2

Sekundäre Ansprechperson für den Fall, dass ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr In der Lage bin, meine persönlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten selbst zu regeln.

- für medizinische pflegerische Fragen Vermögensangelegenheiten
 rechtliche Fragen

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Tel. Nr. _____ Mobile _____
Email _____

Weitere Kontaktpersonen

Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unsere Adressliste aufnehmen und der Station zur Kenntnisnahme weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie uns diese Adressen mittels einer Beilage mitzuteilen.

Rechnungsempfänger

Diese Person erhält die Heimrechnungen und Rechnung über allfällig verwendetes Pflegematerial der Stiftung Rotonda. Sie agiert als Ansprechpartner in finanziellen und sonstigen administrativen Belangen.

Name _____
Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Tel. Nr. _____ Mobile _____
Email _____



Formular
Anmeldung PZ für
Kurzaufenthalte

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person:

Liegt kein Vorsorgeauftrag vor, ist die vertretungsberechtigte Person, sofern diese der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet, vom Gesetz in folgender Reihenfolge festgelegt. 1. Ehegatte oder eingetragener Partner, 2. Lebenspartner, 3. Nachkommen, 4. Eltern, 5. Geschwister
(vgl. ZGB Art. 382 Abs. 3).

Name _____ Vorname _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Die vertretungsberechtigte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Anmeldung und die Richtigkeit sowie Vollständigkeit obiger Angaben:

Besondere Bestimmungen:

Bei Nichtantritt des Aufenthalts auf den vereinbarten Termin wird eine Administrationspauschale von CHF 250.- fällig. (Ausnahme: Bei Nichtantritt infolge Todesfalls).

Bitte unbedingt den Arztbericht beilegen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(evtl. gesetzl. Vertretung)