

Anmeldung definitiver Eintritt

Wir werden Sie telefonisch für ein Eintrittsgespräch kontaktieren.

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort			
Heimatort, Nationalität			
Geburtsdatum			
AHV-Nummer		Zivilstand	
Telefon-Nr.		Konfession	
Mobile		Beruf	
E-Mail			

Hilfe wird zurzeit benötigt von:

Spitex	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zur Zeit bin ich im Spital/Heim	Adresse:	<input type="checkbox"/> nein

Ich wünsche:

Ein Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> ja
ein Ehepaarzimmer (2 Einzelzimmer mit Verbindungstür)	<input type="checkbox"/> ja

Bitte die drei letzten Wohnsitze notieren (Info für Subventionsverzinsung):

von		bis		in	
von		bis		in	
von		bis		in	

Familienverhältnisse:

Anzahl Söhne: _____	Anzahl Töchter: _____	Keine Kinder: <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------	--

Adressen von Angehörigen, Vertrauenspersonen, gesetzlichen Vertretern:

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort		Telefon P	
Beziehungsgrad		Mobile	
E-Mail		Telefon G	

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort		Telefon P	
Beziehungsgrad		Mobile	
E-Mail		Telefon G	

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort		Telefon P	
Beziehungsgrad		Mobile	
E-Mail		Telefon G	

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort		Telefon P	
Beziehungsgrad		Mobile	
E-Mail		Telefon G	

Name, Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort		Telefon P	
Beziehungsgrad		Mobile	
E-Mail		Telefon G	

Informationsschreiben erfolgen hauptsächlich per E-Mail.

Adresse Hausarzt:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Adresse Zahnarzt:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Adresse Augenarzt:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Adresse Spezialarzt:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Krankenkasse:

Name, Ort	
Versicherten-Nr.	

Bestätigung Anmeldung an folgende Adresse zustellen:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Datenschutz:

Die unterzeichnende Person (BewohnerIn oder gesetzliche Vertretung) ermächtigt das Mülimatt Sissach ausdrücklich zur Bearbeitung der bekannt gegebenen Personendaten, soweit dies gesetzlich vorgesehen und zulässig, bzw. für die Durchführung des Pensionsvertrages erforderlich ist und solange kein ausdrücklicher Widerspruch der betreffenden Person vorliegt.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Beilage:

Ermächtigung zum Austausch von Gesundheitsdaten lesen, unterschreiben und zusammen mit Anmeldeformular einreichen.

Angaben für die Bewohneradministration

Pensionsvertrag, Rechnung senden an:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Ansprechperson (primär) für pflegerische Fragen:

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	

Wer soll bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kontaktiert werden:

Name, Vorname			
Strasse, PLZ, Ort			
Anrufzeiten	Am Tag <input type="checkbox"/>	In der Nacht <input type="checkbox"/>	
Patienten- verfügung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

- Besteht ein Vorsorgeauftrag? ja nein
Besteht eine Patientenverfügung? ja nein
Besteht eine Beistandschaft? ja nein
Wurde eine Hilflosenentschädigung beantragt? ja nein

Zur Klärung und Sicherstellung des Heimeintritts bitten wir Sie, uns folgende kopierte Unterlagen der Anmeldung beizulegen:

Beilagen bitte ankreuzen:

- Versicherungsausweis Krankenkasse u. Kopie der Krankenkassenkarte beidseits
- Beleg AHV-Rente
- Beleg Pensionskassenrente
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Verfügung Ergänzungsleistung
- Saldo- und Zinsbestätigung der Bank/Post per Vormonat des Eintrittes
- Definitive Steuerveranlagung inkl. „Details zur Veranlagungsverfügung“
- Kopie Patientenverfügung
- Kopie Vorsorgeauftrag
- Kopie Generalvollmacht
- Kopie Ernennungsurkunde Beistandschaft

Ort und Datum:

Unterschrift:

Ermächtigung zum Austausch von Personen- und Gesundheitsdaten

Liebe Bewohnerin, lieber Bewohner, sehr geehrte Damen und Herren Angehörige

Damit die Bekanntgabe oder die Einholung der Sie betreffenden Gesundheitsdaten, welche zu unserer Aufgabenerfüllung notwendig ist, rechtlich gültig ist, benötigen wir von Ihnen vorab Ihre Einwilligung. Dies trifft zum Beispiel bei Kontakten mit Ihrem Hausarzt, den Ärzten oder Pflegefachpersonen in den Spitälern, Physiotherapeuten, Ernährungsberater sowie den Krankenversicherungen zu und kann folgendes betreffen: z. B. Informationen zu Diagnosen, Medikation, Therapie, Unverträglichkeit, Allergien und der Patientenverfügung.

Damit wir eine auf Sie abgestimmte und den gesundheitlichen Gegebenheiten angepasste Pflege und Betreuung gewährleisten können, sind die Pflegefachmitarbeitenden des Mülimatt Sissach immer wieder auf Informationen über Ihre Gesundheit angewiesen. Die Leitungs- und Pflegefachpersonen müssen auch Informationen weitergeben dürfen, damit die entsprechenden Entscheide der zuständigen Ärzte und involvierten Gesundheitsfachkräfte oder Krankenkassen erfolgen können.

Sie haben das Recht, die Akteneinsicht gegenüber Versicherungen auf den Vertrauensarzt zu beschränken. Sollte diese Einschränkung nicht erfolgen, kann die Geschäftsleitung des Mülimatt Sissach der Verwaltung der Versicherung Akteneinsicht gewähren.

Das Mülimatt Pflegefachpersonal erhält im Falle eines Spitalaufenthalts bei Nachfragen nur telefonische Auskunft zu Ihrem Befinden oder notwendigen Therapien und Pflegemassnahmen nach Ihrer Rückkehr aus dem Spital, wenn diese über Ihr schriftliches Einverständnis, dass die Auskünfte eingeholt werden dürfen, verfügen. Sie gewährleisten und erleichtern somit die optimale und zeitgerechte Planung und Organisation Ihrer persönlichen Pflege und Betreuung durch diese Ermächtigung.

Die Daten werden nur für den Betrieb im Zentrum für Pflege und Betreuung Mülimatt Sissach sowie für Ihre persönliche Pflege und Betreuung erhoben, bearbeitet und aufbewahrt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Aufbewahrungszeit Ihrer Gesundheitsdaten beträgt 10 Jahre. Danach werden die Akten, welche in elektronischer Form bei uns gespeichert sind, gelöscht und die Akten, welche physisch bei uns abgelegt sind, vernichtet.

Es steht Ihnen selbstverständlich frei, die Weitergabe oder das Einholen von Informationen abzulehnen. Wir weisen Sie in diesem Falle darauf hin, dass ohne Kenntnisse der Diagnosen, Medikation und Therapien die Pflege und Betreuung durch unser Personal nur bedingt und möglicherweise zeitverzögert erfolgen kann.

Die Ermächtigung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich mit einem Schreiben an die Geschäftsleitung des Mülimatt Sissach widerrufen werden.

ERMÄCHTIGUNG an das Mülimatt Sissach, Zentrum für Pflege und Betreuung, zum Austausch von Personen- und Gesundheitsdaten mit behandelnden Ärzten, Pflegefachpersonen, Spitälern und Versicherungen sowie mit Therapeuten und Ernährungsberater.

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Unterschrift Bewohner/Bewohnerin			
Unterschrift Gesetzliche Vertretung		Beziehungsgrad	
Ort, Datum			
Beschränkung der Ak- teneinsicht bei Versi- cherungen auf den Vertrauensarzt	nicht nötig <input type="checkbox"/>	erwünscht	<input type="checkbox"/>