|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Senioren- und Spitexzentrum Verahus Grünensteinstrasse 1  9436 Balgach |  | Tel: 071 727 84 84  Fax: 071 727 84 17  E-Mail: verahus@balgach.ch |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personalien | | | |
| Name Vorname: |  | | |
| Strasse: |  | PLZ / Ort: |  |
| Geburtsdatum: |  | Heimatort: |  |
| Telefon-Nr.: |  | Geburtsort: |  |
| Sozialvers.-Nr.: |  | Zivilstand: |  |
|  |  | Konfession: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Krankenkasse | |  | |
| Name: |  | Versicherten-Nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Arzt |  |
| Hausarzt: |  |
|  | Wollen Sie den Hausarzt wechseln? Ja  Nein |
| Augenarzt: |  |
|  | Wollen Sie den Augenarzt wechseln? Ja  Nein |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kinder / Angehörige / Vertrauenspersonen | | | |  |
| Name / Vorname | Adresse / Ort | Verwandtsch. | Tel-Nr. | E-Mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Wer ist Kontaktperson? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Evtl. gesetzlicher Vertreter: Beistand | |
| Name / Adresse: |  |

|  |
| --- |
| Grund der Anmeldung |
|  |
| Angaben über Krankheit und Gebrechen: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kostenträger | | | |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL)? | | Ja | Nein |
| Rechnungsempfänger: | |  | |
| Name / Adresse: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Zimmer | |
| Das Seniorenzentrum Verahus bietet ausschliesslich Einzelzimmer an. | |
| Spezielle Wünsche: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eintritt | |
| Vorsorgliche Anmeldung: | (Der Eintritt ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen) |
| Dringliche Anmeldung: | (Der Eintritt erfolgt, sobald ein Platz frei wird) |
| Ansprechperson bez. Eintritt: | die angemeldete Person |
|  | Angehörige oder Vertrauensperson |
|  | Name und Telefon: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gewünschte Massnahmen für den Fall ernsthafter Erkrankung oder bei Todesfall | | | | | | | |
| Sterbesakramente (Beichte, Krankensalbung): | | erwünscht |  | |  | nicht erwünscht |  |
| Soll ein Pfarrer gerufen werden? | | Ja |  | |  | Nein |  |
| Bestattungsart: | | Erdbestattung |  | |  | Kremation |  |
| Ort der Bestattung: |  | | |  | | | |
| Patientenverfügung vorhanden: | | Ja |  | |  | Nein |  |
| (Sterbehilfeorganisationen haben keinen Zutritt zur Institution) | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen | |
|  | |
| Ort und Datum: | Unterschrift: |