|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Senioren- und Spitexzentrum Verahus Grünensteinstrasse 19436 Balgach |   | Tel: 071 727 84 84Fax: 071 727 84 17E-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: |