Aufenthaltsart  stationär  temporär  Akut-/und Übergangspflege

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien und allgemeine Angaben** | |
| Familienname | Vorname(n) |
| Geburtsdatum | Heimatorte (für AusländerInnen: Geburtsort) |
| Nationalität | Konfession |
| PLZ / Wohnort | Zivilstand |
| genaue Adresse | gegenwärtiger Aufenthaltsort |
| **Krankenversicherung / Ärztliche Betreuung**(bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen) | |
| Krankenkasse | Versicherten-Nr. |
| Karten-Nr. **807560** | AHV-Nr. **756.** |
| Hausärztin / Hausarzt (Name, Adresse, Ort, Telefon-Nr.) (*zwingend*) | |
| **Kontaktpersonen / Angehörige** | |
| **RechnungsempfängerIn**  Familienname / Vorname    Strasse / Nr.    PLZ / Wohnort    Telefon-Nr.    E-Mail (*zwingend*)\*    Art des Bezugsverhältnisses | **Gesetzliche Vertretung**  Familienname / Vorname    Strasse / Nr.    PLZ / Wohnort    Telefon-Nr.    E-Mail    Art des Bezugsverhältnisses |
| **Weitere Angehörige / Bezugspersonen**  Familienname / Vorname    Strasse / Nr.    PLZ / Wohnort    Telefon-Nr.    E-Mail    Art des Bezugsverhältnisses | **Weitere Angehörige / Bezugspersonen**  Familienname / Vorname    Strasse / Nr.    PLZ / Wohnort    Telefon-Nr.    E-Mail    Art des Bezugsverhältnisses |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Weitere Angaben / Bemerkungen** | | | | | |
| Erhalten Sie bereits Hilflosenentschädigung:  Wenn ja welche Stufe: | | ja  leicht | nein  mittel | | wird beantragt  schwer |
| Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen: | | ja | nein | | wird beantragt |
| Patientenverfügung:  Vorsorgeauftrag: | | ja  ja | nein  nein | Falls ja, Kopie beilegen  Falls ja, Kopie beilegen | |
| Beistand | ja  nein  Falls ja, bitte Ernennungsurkunde  beilegen | Welche Zimmerkategorie wünschen Sie?  Einbettzimmer / 1er Zimmer  Zweibettzimmer / 2er Zimmer | | | |
| Hausarztmodell  ja  nein | | | | | |
| Bemerkungen: | | | | | |

\*ohne Angabe einer E-Mailadresse werden monatlich die zusätzlich entstehenden Kosten für die Papierkopie der Bewohnendenrechnung (Arzt, Physio- und Ergotherapie) gemäss Taxordnung in Rechnung gestellt.

**Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Anmeldung?**Gerne nehmen wir Ihre Anmeldung, zusammen mit einem aktuellen Arztzeugnis entgegen, wenn der Heimeintritt innerhalb der nächsten 12 Monate gewünscht ist.

**Ermächtigung zur Auskunft und Weitergabe der medizinischen Daten**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen sowie die vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Verwaltung des Reussparks Niederwil die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen. Der Reusspark darf Personalien und medizinische Akten an externe medizinische Partner übermitteln, sofern dies für die Nachbehandlung erforderlich ist.

**Datenschutz**

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zum Umgang mit personenbezogenen Daten und bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Unterlagen erhalten haben. Bei Fragen steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

**Zahlungsverpflichtung**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt im Reusspark Niederwil gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie bestätigen, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

**Meldepflicht**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, dem Reusspark Niederwil wahrheitsgetreu und vollumfänglich allfällige Änderungen betreffend Verantwortlichkeiten der Bezugspersonen umgehend mitzuteilen.

Die Unterzeichnende / der Unterzeichnende wünscht, dass der bisherige gesetzliche Wohnsitz beibehalten wird und nimmt zur Kenntnis, dass bei Eintritt in den Reusspark ein separater Betreuungsvertrag mit der Bewohnerin / dem Bewohner abgeschlossen wird.

Ort / Datum Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller  
 (respektive die Vertreterin / der Vertreter)