|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bewohnerdaten (letzte Wohnadresse)** | | | | | | | | | | |
| **Name** | |  | | | | **Vorname** | | | | |
| **Strasse** | |  | | | | | | | | |
| **PLZ/Wohnort** | |  | | | | **Tel. privat** | | | | **Mobile** |
| **Geb. Datum** | |  | | | | | | | | |
| **AHV-Nr** | |  | | | | **Bürgerort** | | | | |
| **Zivilstand** | |  | | | | **Konfession** | | | | |
| **Vorsorgeauftrag** | | | Ja Nein | | | **Ergänzungsleistungen** | | | Ja Nein | |
| **Beistand** | | | Ja Nein | | | **Spitex** | | | Ja Nein | |
| **Patientenverfügung** | | | Ja Nein | | | **Hilflosenentschädigung** | | | Ja Nein | |
| *Falls ja, bitte eine Kopie beilegen* | | | | | | **Grad**  leicht mittel  schwer | | | | |
| **Krankenkasse** | | | |  | | **Kundennummer** | | | | |
| **Klasse** | | | | allgemein halbprivat  privat | | | | | | |
| **Versicherungskartennr** | | | | *(Beginnt mit: 80756)* | | | | | | **gültig bis** |
| *Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen* | | | | | | | | | | |
| **Bezugsperson 1. Priorität** | | | | | | **Bezugsperson 2. Priorität** | | | | |
| **Name/Vorname** | |  | | | | **Name/Vorname** | |  | | |
| **Strasse** | |  | | | | **Strasse** | |  | | |
| **PLZ/Wohnort** | |  | | | | **PLZ/Wohnort** | |  | | |
| **Tel. u. Mobile** | |  | | | | **Tel. u. Mobile** | |  | | |
| **E-Mail** | |  | | | | **E-Mail** | |  | | |
| **Beziehungsgrad** | |  | | | | **Beziehungsgrad** | |  | | |
| **Rechnungsempfänger:in** | | | | | | **Gewünschte Aufenthaltsform** | | | | |
| **Name/Vorname** | |  | | | | **Serata 1** Einzelzimmer  (mit Zuschlag)  2-Bett-Zimmer  3-Bett-Zimmer  (Reduktion)  Beschützte Station für Demenz  **Oeggisbüel** 1-Zimmer-Appartement  2-Zimmer-Appartement  Ferienzimmer  Datum  **Tagaktiv** Tagesgast  gewünschte Tage | | | | |
| **Strasse** | |  | | | |
| **PLZ/Wohnort** | |  | | | |
| **Tel. u. Mobile** | |  | | | |
| **E-Mail** | |  | | | |
| **Beziehungsgrad** | |  | | | |
| **Hausarzt** | | | | | | | | | | |
| Name, Adresse und Telefonnr | | | | | | | | | | |
| **Eintritt von** | | | | | | | | | | |
| *Wählen Sie ein Element aus.* Falls Institution/Heim bitte Adresse | | | | | | | | | | |
| **Wie beurteilen Sie die Dringlichkeit der Aufnahme?** nicht dringend  dringend  sehr dringend | | | | | | | | | | |
| **Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?** Nein  Ja  welche?  *Bitte eine Kopie der ärztlichen Diagnose / Verordnung beilegen* | | | | | | | | | | |
| **Haben Sie spezielle Essgewohnheiten?** Nein  Ja  welche? | | | | | | | | | | |
| Interne Angaben (*Bitte leer lassen)* | | | | | | | | | | |
| **Eintritt**  Datum  Zeit  Schnuppertag | Datum    Datum | | | **Serata 1**  Zi.- Nr.       Bett  **D**  **F**  **E**  **G**  **Oeggisbüel** App.Nr.: | | | AÜP / Akut- Übergangspflege nach Spital  ÜP / Überbrückungspflege  LP/ Langzeitpflege  Öggisbüel  FG / Feriengast  / von/bis: | | | |
| Zimmerzuschlag Ja  Nein | | |
| *Einverständniserklärung Tagaktiv* | | | | | | | | | | |
| Folgende(r) Tag(e) werden für Sie reserviert  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Bei Abmeldungen oder Nichterscheinen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen Tagaktiv  Ort/Datum             Unterschrift | | | | | | | | | | |
| **Spezielle Bemerkungen** | | | | | | | | | | |
| **Datum** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | | | **Ausgefüllt durch** | | | | | |