

## Anmeldung Senevita Dorfmatte – Angaben 2. Person

### 2 Personalien

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

Tel. Festnetz / Mobile ..... / .....

E-Mail .....

Geburtsdatum .....

Konfession  reformiert  katholisch  konfessionslos  
 Andere: .....

Zivilstand  ledig  
 verheiratet seit .....

verwitwet seit .....

geschieden seit .....

eingetragene Partnerschaft seit .....

Heimatort (CH) bzw.  
Geburtsort (Ausländer) .....

Staatsangehörigkeit .....

AHV-Nr. ....

Kontoverbindung (IBAN Nr.) .....

Letzter Wohnort (Adresse) .....

Wohnhaft in der Gemeinde seit .....

Letzte Wohnart (vor Eintritt)  Privathaushalt  Spital  andere Institution

Betreuung durch Spitex vor  
Eintritt  nein  
 ja

### 4 Hausarzt

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Tel.-Nr. .... Mobile .....

E-Mail .....

## 6 Krankenkasse

➔ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) sowie Police der Zusatzversicherung beilegen.

### 6.1 Grundversicherung

Krankenkasse .....  
Versicherungs-Nummer .....  
Karten-Nummer .....

### 6.2 Zusatzversicherung

Krankenkasse .....  
Versicherungs-Nummer .....  
Karten-Nummer .....

### 6.3 Versicherungsart

Allgemein                       Halbprivat                       Privat

## 8 Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?                       ja                       nein  
➔ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?                       ja                       nein  
➔ Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

## 9 Urteilsfähigkeit

Sind Sie urteilsfähig?                       ja                       nein

➔ Wenn nein, bitte gesetzliche Vertretung angeben:

Name ..... Vorname .....  
Strasse ..... PLZ/Ort .....  
Tel. P. ..... Tel. G. .....  
E-Mail ..... Mobile .....

## 10 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?                       ja                       nein  
➔ Wenn ja, bitte Kopie der Vollmachtsregelung beilegen

## 11 Finanzierung des Aufenthaltes

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

ja

nein

Beziehen Sie bereits Hilflosen-Entschädigung?

→ Wenn ja, bitte Verfügung beilegen

ja

nein

## 12 Zwingende Beilagen

Kopie Krankenkassenpolice und -karte

→ Sofern vorhanden:

Verfügung Ergänzungsleistungen

Verfügung Hilflosenentschädigung

Patientenverfügung (ZGB 370-373)

Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)