

# ANMELDUNG

Für die Aufnahme ins Betagtenheim der Center da Sanadad Savognin SA  
(Bewohnerinnen und Bewohner nachfolgend Bewohner genannt)

Gewünschtes Eintrittsdatum:

## 1. Personalien

Name:	Vorname:
Ledigname:	Rufname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Strasse/Nr.:	
PLZ/Ort:	
E-Mail Adresse:	
Telefon-Nr.:	Handy-Nr.:
Konfession:	Heimatort:
Schriften deponiert in:	
Name Ehemann/Ehefrau oder Partner/Partnerin:	

## 2. Vorsorge & Vertretung

Besitzen Sie ein elektronisches Patientendossier (EPD)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> ja => <b>bitte Kopie beilegen</b>	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Vorsorgeauftrag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja:	<input type="checkbox"/> darin sind medizinische Massnahmen geregelt und eine oder mehrere Personen für die Personensorge aufgeführt => <b>bitte Kopie beilegen</b> <input type="checkbox"/> im Vorsorgeauftrag sind keine medizinischen Massnahmen und keine Person/en für die Personensorge aufgeführt (keine Abgabe erforderlich)	
Besteht eine Vertretungsregelung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja:	<input type="checkbox"/> Beistand (KESB)	<input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter
Name/Vorname des Vertreters:		
Adresse, PLZ/Ort:		
Handy-Nr.:	E-Mail:	
Beziehung zum Bewohner:		

### 3. Angehörige

<b>1. Kontaktperson</b> Hauptansprechperson für Pflegepersonal und Ärzte (Gesundheitszustand Bewohner)	Name/Vorname:
	Strasse/Nr.:
	PLZ/Ort:
	Telefon-Nr.:
	Handy-Nr.:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsgrad:
<b>2. Kontaktperson</b>	Name/Vorname:
	Strasse/Nr.:
	PLZ/Ort:
	Telefon-Nr.:
	Handy-Nr.:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsgrad:
<b>3. Kontaktperson</b>	Name/Vorname:
	Strasse/Nr.:
	PLZ/Ort:
	Telefon-Nr.:
	Handy-Nr.:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsgrad:
<b>4. Kontaktperson</b>	Name/Vorname:
	Strasse/Nr.:
	PLZ/Ort:
	Telefon-Nr.:
	Handy-Nr.:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsgrad:
<b>Empfänger*in der Monatsrechnung</b>	Name/Vorname:
	Adresse, PLZ/Ort:

#### 4. Krankenkasse

Name der Krankenkasse:

Mitgliednummer:

Karten-Nr.:

AHV-Nummer (13-stellig):

#### 5. Hausarzt

Name/Vorname des Hausarztes:

Adresse:

#### 6. Wäsche

Die Privatwäsche muss für die Reinigung mit Name und Vorname beschriftet sein. Sind Sie damit einverstanden, dass wir dies ausführen?  ja  nein

Detaillierte Informationen finden Sie unter den Punkten 16 „Wäsche“ und 17 „Bezeichnung der Privatwäsche“ im Heimreglement bzw. Punkt 3 „Besondere Dienstleistungen“ in der Tarifordnung.

#### 7. Telefonanschluss

Wünschen Sie einen Telefonanschluss? Die einmalige Anschlussgebühr beläuft sich auf CHF 40.00. Sie können zwischen folgenden Anschlussmöglichkeiten wählen (bei Bedarf bitte ankreuzen):

- eingehende Gespräche in der Schweiz: gratis
- ein- und ausgehende Gespräche in der Schweiz: CHF 5.00 pauschal pro Monat
- ein- und ausgehende Gespräche international: nach Aufwand verrechnet

Detaillierte Informationen finden Sie unter den Punkten 18 „Telefon/Fernseher/Radio“ im Heimreglement bzw. Punkt 3 „Besondere Dienstleistungen“ in der Tarifordnung.

#### 8. Diverses

Bemerkungen / Wünsche / Anregungen:

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Heimleitung und den Pflegedienst des Betagtenheims der Center da Sanadad Savognin SA beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftgebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Heimleitung sowie der Pflegedienst sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Ort, Datum:

Unterschrift Bewohner\*in:  
(resp. Vertretung)

Center da Sanadad Savognin SA  
Gesundheitszentrum Savognin AG  
Stradung 52  
7460 Savognin

Spital / Betagtenheim  
Tel. +41 (0)81 669 14 00  
Fax +41 (0)81 669 14 07

Arztsekretariat  
Tel. +41 (0)81 669 14 33  
Fax +41 (0)81 669 14 30

info@spital-savognin.ch  
www.spital-savognin.ch