

## EINTRITTSVEREINBARUNG

### Personalien

Name / lediger Name

Vorname

Rufname

Strasse

PLZ Wohnort

Geburtsdatum

Zivilstand

Sozialversicherungs-Nr.

Heimatort

### Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Zuhause

Spital/Heim  Name/Ort

Anderer  Name/Ort

### Hausarzt

Name

PLZ Ort

### Krankenversicherung Einige Krankenkassen können einen Wechsel vom Modell Hausarzt in das Standardmodell verlangen

Name

Vers-Nr.

Karten-Nr.

Ablaufdatum (Karte)

Bitte Kopie der Versicherungs-Karte beilegen (Vor- + Rückseite)

### Gewünschtes Eintritts-Datum

### Anmeldungsgrund

Ferien / Entlastung

Nacherholung

Definitiver Eintritt

### Zimmerwunsch

Soweit erfüllbar, berücksichtigen wir Ihre Zimmerwünsche. Wir behalten uns aber auch vor, bei pflegerischer und/oder betreuungsorganisatorischer Notwendigkeit, Zimmer und/oder Abteilung in Absprache mit Ihnen zu wechseln.

1-Bett-Zimmer

2-Bett-Zimmer

### Privatwäsche

Die Kennzeichnung wird generell vom Haus vorgenommen. (s. Merkblatt)

### Vertretungen/Beistandschaft/Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung

#### Vertretungsvollmachten oder Massnahmen im Sinne des Erwachsenenschutzrechtes

- nein
- ja, welche? \_\_\_\_\_ Bitte Kopien beilegen

Kontaktperson \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### Patientenverfügung

- nein
- ja, bitte beilegen

### Ergänzungsleistung

- EL-Bezüger  nein Kopie der letzten Veranlagungsberechnung des Gemeindesteueramtes beilegen
- ja Kopie des letzten Berechnungsblattes für die Ergänzungsleistung beilegen

### Hilflosenentschädigung

- HE-Bezüger  nein
- ja

### Post/Korrespondenz für Bewohner

- an Bewohner abgeben
- an 1. Ansprechperson (Seite 4) weiterleiten
- an folgende Adresse weiterleiten

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Rechnungstellung

- an die Adresse des Bewohners
- an die Adresse der 1. Ansprechperson (Seite 4)
- an nachfolgende Adresse

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Bank - Lastschriftverfahren LSV möglich: Bitte wenden Sie sich zur Errichtung an unser Sekretariat.

<b>1. Ansprechperson</b> Unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches, etc.)		
Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

<b>weitere Angehörige</b> sind berechtigt, Auskunft über den Allgemeinzustand zu erhalten		
Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

Name/Vorname		
Adresse		
PLZ Wohnort		
Tel. Privat	Mobile	Geschäft
E-Mail		
Verwandtschaftsgrad		

## Datenschutz

Der Zweckverband Pflegeheim Werdenberg ist verpflichtet, im Umgang mit persönlichen Daten des Bewohners die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und andere gesetzliche Bestimmungen einzuhalten. Um die angemessene und vertragsgerechte pflegerische, medizinische und soziale Betreuung sicher zu stellen, haben die Angestellten von Pflege & Hospiz im Werdenberg das Recht, von behandelnden Ärzten die notwendigen Angaben zum Gesundheitszustand des Bewohners zu verlangen und der Krankenversicherung des Bewohners Akteneinsicht zu gewähren. Der Bewohner bzw. dessen Vertreter hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versichereres zu beschränken. Im Zusammenhang mit Ein- und Austritten und zur Sicherung der Finanzierung des Aufenthaltes im Pflege & Hospiz im Werdenberg sind zusätzlich sämtliche Behörden, Amtsstellen und (Sozial)Versicherungen von der Schweigepflicht entbunden. Pflege & Hospiz im Werdenberg darf persönliche Daten an Ärzte, Apotheken, Therapeuten, Labors etc. weitergeben, soweit dies für die Rechnungsstellung für Dienstleistungen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Pflege & Hospiz im Werdenberg nötig ist.

## Unterzeichnung Betreuungsvertrag

Taxordnung und Heimreglement werden zusammen mit dieser Eintrittsvereinbarung, dem Dokument Bewohnerrechte und dem Positionspapier Sterbehilfe erklärt und abgegeben. Sie bilden mitgeltende Bestandteile der Vereinbarung.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die gemachten Angaben korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen.

Diese Eintrittsvereinbarung gilt rechtsgültig unterzeichnet ab Datum des Eintrittes als Betreuungsvertrag im Sinne v. ZGB 382 ff.

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BewohnerIn**

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VertreterIn**

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zweckverband Pflegeheim Werdenberg**