

Übergangspflege

Gewünschtes Eintrittsdatum

Ferienaufenthalt

Gewünschtes Austrittsdatum

Die Mindestaufenthaltsdauer beträgt 14 Tage.

Temporär-Gast

Name

Konfession

Vorname

Zivilstand

Geburtsdatum

Sozialvers.-Nr.

Heimatort

Telefon/Natel

Krankenkasse

Beruf

Vers. und Kartennummer

Zugezogen von
(Adresse)

Besitzen Sie bereits eine Patientenverfügung?

Ja

Nein

Kopie beilegen

Besitzen Sie bereits einen Vorsorgeauftrag?

Ja

Nein

Kopie(Teil Gesundheit) beilegen

Möchten Sie telefonisch direkt erreichbar sein?

Ja

Nein

Haben Sie einen Beistand?

Ja

Nein

Sind Ihre Kleider mit Namen versehen?

Ja

Nein

Beim Verlust von Kleidern ohne Namensschild wird die Haftung abgelehnt.

Wer regelt den Postverkehr?

Bewohner

Angehörige

Beistand

Finanzierung Einzelzimmer

Bitte legen Sie eine Kopie der letzten Steuerrechnung bei.

Wie lautet die Rechnungsadresse?**Angaben zum Hausarzt:**

Macht Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Hausbesuche im Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen?

Ja Nein

Name**Vorname****Strasse****PLZ/Ort**

Eventuell benötigte Hilfsmittel (z.B. persönlicher Alarm, Rollator etc.)

Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Neffe usw.)

Bei Notfällen trägt die 1. Bezugsperson die Verpflichtung, alle weiteren Angehörigen zu informieren.

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson	3. Bezugsperson
Beziehung	Beziehung	Beziehung
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort	Strasse / PLZ / Ort
Telefon-Nr.	Telefon-Nr.	Telefon-Nr.
Privat	Privat	Privat
Gesch.	Gesch.	Gesch.
Natel	Natel	Natel
E-Mail	E-Mail	E-Mail

*Um sicherzustellen, dass eine allfällige Zimmerräumung infolge Todesfalls in Treu und Glauben erfolgt, liegt die Vollmacht standardgemäss bei der ersten Bezugsperson. Vollmachtsüberschreibungen müssen dem APZB zeitnah gemeldet werden. Bei familiären Unstimmigkeiten lehnt das APZB jegliche Haftung ab.

Bemerkungen

Datenschutz

Das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen bearbeitet die persönlichen Daten unter Wahrung der Bearbeitungsgrundsätze des Datenschutzgesetzes.

Die Bewohnerin, der Bewohner des Alters- und Pflegezentrums Bruggwiesen nimmt Kenntnis davon, dass das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen im Einzelfall und auf ein entsprechendes Begehren hin verpflichtet ist, einem berechtigten Versicherer zum Zweck der Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und / oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Bewohner hat das Recht, diese Akteneinsicht auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken. Nimmt der Bewohner dieses Recht nicht wahr, kann das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen dem Versicherer die erforderliche Akteneinsicht gewähren. Durch seine Unterschrift erlaubt der Bewohner dem Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen, dem Versicherer bzw. dem Vertrauensarzt des Versicherers die Akteneinsicht zu gewähren und entbindet das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen diesbezüglich vom Arztgeheimnis und der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners