

Die Eintrittspauschale (Daueraufenthalt CHF 400.00 / Wiedereintritt CHF 200.00) wird Ihnen verrechnet, sobald ein Eintrittsdatum festgelegt ist.

Einzelzimmer
Doppelzimmer
Gewünschtes
Eintrittsdatum

Name	Konfession
Vorname	Zivilstand
Geburtsdatum	Sozialvers.-Nr.
Heimatort	Telefon/Natel
Krankenkasse	Beruf
Vers. und Kartenummer	

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 Bitte legen Sie eine Kopie der letzten Steuererklärung 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, Nefte, 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 des Bewohners