

Anmeldeformular

☐ Langzeitaufenthalt

Gewünschter Eintrittszeitraum: ☐ Eintritt beim nächsten freien Zimmer ☐ Vorsorgliche Anmeldung

☐ Kurzeilaufenthalt/Tagesaufenthalt

Wunschdatum: von

bis

Name	Vorname (Geburtsname)
Aktuelle Wohnadresse (Strasse, PLZ, Ort)	Telefonnummer
	Heimatort / -Kanton
Geburtsdatum	Konfession
Versicherten-Nummer (13-stellig) 756.	Zivilstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
Krankenkasse	Krankenkassenkarten-Nummer (20-stellig) 80756
Hausarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Spezialarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Zahnarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Augenarzt (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Telefon, E-Mail)	
Patientenverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein	Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ ja ☐ nein
Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung? ☐ ja ☐ nein	Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung? ☐ ja ☐ nein ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Angehörige / Vertrauenspersonen / gesetzliche Vertretungen			
☐ Primärkontakt für administrative und finanzielle Fragen ☐ Beistand (gem. Ernennungsurkunde KESB)		☐ Primärkontakt für Fragen betr. Betreuung und Pflege	
Name / Vorname		Telefon Privat	
Adresse, Ort		Telefon Geschäft	
Verwandtschaftsgrad		Natel	
Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand		E-Mail	
bei Todesfall		Bemerkung	
		Benachrichtigung	
☐ Tag ☐ Nacht ☐ Tag ☐ Nacht			
☐ Primärkontakt für administrative und finanzielle Fragen ☐ Beistand (gem. Ernennungsurkunde KESB)		☐ Primärkontakt für Fragen betr. Betreuung und Pflege	
Name / Vorname		Telefon Privat	
Adresse, Ort		Telefon Geschäft	
Verwandtschaftsgrad		Natel	
Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand		E-Mail	
bei Todesfall		Bemerkung	
		Benachrichtigung	
☐ Tag ☐ Nacht ☐ Tag ☐ Nacht			
☐ Primärkontakt für administrative und finanzielle Fragen ☐ Beistand (gem. Ernennungsurkunde KESB)		☐ Primärkontakt für Fragen betr. Betreuung und Pflege	
Name / Vorname		Telefon Privat	
Adresse, Ort		Telefon Geschäft	
Verwandtschaftsgrad		Natel	
Benachrichtigung bei Verschlechterung Allgemeinzustand		E-Mail	
bei Todesfall		Bemerkung	
		Benachrichtigung	
☐ Tag ☐ Nacht ☐ Tag ☐ Nacht			
Rechnungsempfänger:in			
Name / Vorname			
Adresse, Ort			

Telefon (gemäss Merkblatt Telefon- und Internetanschluss)

Wünschen Sie einen Telefonanschluss im Zimmer? ☐ ja ☐ nein
(CHF 25.00 / Monat) (Sie erhalten eine eigene Nr.)

Post

Folgende Postregelung wird gewünscht:

☐ Sämtliche Post in Briefkasten legen
(nur für Pflegewohngruppe möglich)

☐ nur Zeitungen / Zeitschriften ins Postfach legen, Briefpost
an den Primärkontakt senden

☐ sämtliche Post an den Primärkontakt senden

Hilfsmittel (Rollator/Rollstuhl)

Hilfsmittel sind täglich in Gebrauch und benötigen deshalb eine regelmässige Wartung, damit die Sicherheit gewährleistet werden kann. Wir bieten deshalb zwei Möglichkeiten im Zusammenhang mit den Hilfsmitteln an:

- ☐ Ich verwende meinen eigenen Rollstuhl/Rollator weiterhin.
(Dadurch ermächtigen Sie den Technischen Dienst ohne Rücksprache Reparaturen durchzuführen, sowie kaputte Teile zu ersetzen. Es entstehen dabei kein Zusatzkosten für Verbrauchsmaterialien.)
- ☐ Ich wechsle auf ein Hilfsmittel, welches vom Zentrum Ergolz zur Verfügung gestellt wird.
- ☐ Aktuell wird kein Hilfsmittel benötigt.

Transporte (gemäss Merkblatt Transporte für Bewohnende)

- ☐ Transporte werden durch die Angehörigen organisiert oder durchgeführt.
- ☐ Transporte sollen durch das Zentrum Ergolz organisiert werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der ausgefüllten Angaben. Die aktuelle Preisliste habe ich erhalten und erkläre mein Einverständnis. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Anmeldung als verbindlich und mit Kostenfolge gilt.

Ort, Datum:

Unterschrift:
(Bewohner:in oder gesetzlichen Vertretung)

.....

Für die Rücksendung des unterzeichneten Formulars vor Eintritt danken wir Ihnen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und gemäss den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen bearbeitet.

Beilagen zum Anmeldeformular:

- | | |
|---|---|
| ☐ Identitätskarte oder Pass (Kopie) | ☐ Krankenkassenkarte (Kopie) |
| ☐ Patientenverfügung (Kopie) | ☐ Vorsorgeauftrag (Kopie) |
| ☐ Verfügung Ergänzungsleistung (Kopie / falls vorhanden) | |
| ☐ Verfügung Hilflosenentschädigung (Kopie / falls vorhanden) | |

Information zur Bearbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten

Das Zentrum Ergolz bearbeitet Personendaten und besonders schützenswerte Personendaten (insbesondere Gesundheitsdaten), soweit dies zur Erfüllung seines gesetzlichen Auftrags sowie für die Betreuung, Pflege, Behandlung, Administration und Abrechnung erforderlich ist.

Zur Gewährleistung einer sicheren und bedarfsgerechten Betreuung können die für Ihren Aufenthalt erforderlichen Informationen mit den an Ihrer Behandlung oder Betreuung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und Institutionen ausgetauscht oder bei diesen eingeholt werden, soweit dies gesetzlich vorgesehen oder für die Erfüllung unseres Auftrags erforderlich ist.

Alle Mitarbeitenden unterstehen den gesetzlichen Geheimhaltungs- und Datenschutzpflichten. Personendaten werden vertraulich behandelt und nur jenen Mitarbeitenden zugänglich gemacht, welche diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

Ihre Personendaten werden entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten aufbewahrt und anschliessend datenschutzkonform vernichtet oder anonymisiert.

Sie haben die im kantonalen Datenschutzgesetz vorgesehenen Rechte, insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person bearbeiteten Daten sowie, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, das Recht auf Berichtigung unrichtiger Personendaten.

Weitere Informationen zur Bearbeitung Ihrer Personendaten entnehmen Sie unserer Datenschutzerklärung, die Sie auf unserer Webseite finden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Information zur Bearbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Name Bewohner:in:

Ort, Datum:

Unterschrift:
(Bewohner:in oder gesetzliche Vertretung)

(Name der gesetzlichen Vertretung)