|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | | | | | | | | | |
| Name: | | |  | | | Vorname: | |  | |
| Letzte Wohnadresse: | | |  | | | PLZ-Ort: | |  | |
| Geb. Datum: | | |  | | | Zivilstand: | |  | |
| Heimatort: | | |  | | | Gesetzlicher Wohnsitz: | |  | |
| Staatsangehörigkeit: | | |  | | | Konfession: | |  | |
| Natel Nr.: | | |  | | |  | |  | |
| Patientenverfügung: | | | ja | | | nein | |  | |
| Langzeitaufenthalt | | | Kurzaufenthalt (Ferien) | | |  | |  | |
| gewünschter Eintritt: | | |  | | | | | | |
| Rechnung: | | | an Bewohner | | | | an Beistandsperson | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Rechnungsadresse / Beistandsperson** | | | | | Institution: |  |  |  | | Name: |  | Vorname: |  | | Adresse: |  | PLZ-Ort: |  | | Telefon: |  | Natel Nr.: |  | | E-Mail: |  | Art der Verwandtschaft: |  | | **Funktion** |  |  |  | | Begleitbeistandschaft (ZGB Art. 393) | | Vertretungsbeistandschaft (ZGB Art. 394) | | | Vermögensverwaltung (ZGB Art. 395) | | Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB Art. 396) | | | Umfassende Beistandschaft (ZGB Art. 398) | | Andere: | | | | | | | | | | | |
| **Versicherungen** | | | | | | | | | |
| Krankenkasse: | | |  | | | KK-Nr.: | |  | |
| Sozialversicherung Nr.: | | | 756. | | |  | |  | |
| AHV-Bezüger: | | | Ja | | | Nein | |  | |
| IV-Bezüger: | | | Ja | | | Nein | |  | |
| Ergänzungsleistungen: | | | Ja | | | Nein | | beantragt | |
| Hilflosenentschädigung: | | | Ja | | | Nein | | beantragt | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| **Medizinische Angaben** | | | | | | | | | |
| **Hausarzt** | | | | | | | | | |
| Praxis: |  | | | | Telefon: | | | |  |
| Name, Vorname: |  | | | | E-Mail: | | | |  |
| Adresse: |  | | | | PLZ-Ort: | | | |  |
| **Zahnarzt** | | | | | | | | | |
| Praxis: |  | | | | Telefon: | | | |  |
| Name, Vorname: |  | | | | E-Mail | | | |  |
| Adresse: |  | | | | PLZ-Ort: | | | |  |
| **Augenarzt** | | | | | | | | | |
| Praxis: |  | | | | Telefon: | | | |  |
| Name, Vorname: |  | | | | E-Mail: | | | |  |
| Adresse: |  | | | | PLZ-Ort: | | | |  |
| **Weiter Adressen** | | | | | | | | | |
| Praxis: |  | | | | Telefon: | | | |  |
| Name, Vorname: |  | | | | E-Mail: | | | |  |
| Adresse: |  | | | | PLZ-Ort: | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  |
| **Bezugspersonen** | | | | | | | | | |
| **Primäre Bezugsperson** | | | | | | | | | |
| Name: | |  | | Vorname: | | | | |  |
| Wohnadresse: | |  | | PLZ-Ort: | | | | |  |
| Telefon-Nr. Privat: | |  | | Natel-Nr.: | | | | |  |
| E-Mail: | |  | | Art der Verwandtschaft: | | | | |  |
| **Weitere Bezugspersonen** | | | | | | | | | |
| Name: | |  | | Vorname: | | | | |  |
| Wohnadresse: | |  | | PLZ-Ort: | | | | |  |
| Telefon-Nr. Privat: | |  | | Natel-Nr.: | | | | |  |
| E-Mail: | |  | | Art der Verwandtschaft: | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Name: | |  | | Vorname: | | | | |  |
| Wohnadresse: | |  | | PLZ-Ort: | | | | |  |
| Telefon-Nr. Privat: | |  | | Natel-Nr.: | | | | |  |
| E-Mail: | |  | | Art der Verwandtschaft: | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Vollmacht** |

Die Heimleitung, Administration und die Betreuung erhalten hiermit die Ermächtigung die obgenannten Daten soweit zu verwenden wie sie für die Korrespondenz mit der Spitex Rothenburg, Therapeuten, Apotheken, Ärzten, Gemeinde, Beistände, Versicherungen (z.B. IV / Krankenkasse) und für die Erhebung der Betreuungsdokumentation und des Abrechnungssystems notwendig sind.

Der Heimleitung, Betreuung sowie Ärzte/innen wird zudem die Ermächtigung erteilt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift: |

**Haus & Hof Hermolingen**

Stationsstrasse 40

6023 Rothenburg

Tel. 041 280 16 33

admin.hermo@hin.ch

www.hermolingen.ch