

## Anmeldung Wohnen und Pflege Peteracker AG

### Personalien

Vorname:		Name:	
Geburtstag:		Zivilstand:	
Konfession:		AHV-Nummer:	
Heimatort:			
Gesetzlicher Wohnsitz:			
Strasse / Nr.:		PLZ / Ort:	
Wenn in der Gemeinde Rafz wohnhaft, seit wann:			
Telefon Festnetz:		Telefon Mobile:	
E-Mail-Adresse:			

### Bezugsperson/Angehörige

#### Erste Bezugsperson/Vertrauensperson

Art der Beziehung:

Sohn/Tochter  Bruder/Schwester  Ehepartner  Andere, welche: \_\_\_\_\_

Vorname:		Name:	
Telefon Privat:		Telefon Geschäft:	
E-Mail-Adresse:		Telefon Mobile:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Ort:	

**Vertretung/Beistand (sofern eine Beistandschaft eingerichtet wurde)**

Vorname:		Name:	
Telefon Privat:		Telefon Geschäft:	
E-Mail-Adresse:		Telefon Mobile:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Ort:	

**Hausarzt**

Name der Praxis:			
Vorname:		Name:	
Telefon Praxis:		Telefon Mobile:	
E-Mail-Adresse:		Webseite:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Ort:	

**Krankenversicherung**

Kopie der Krankenkasse-Karte zwingend mitsenden! Bitte beide Seiten der Karte.

**Eintritt von**

Spital                       zu Hause                       \_\_\_\_\_

**Gewünschter Aufenthalt**

Langzeitaufenthalt                       Kurzaufenthalte

**Dokumente**

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben)	<input type="checkbox"/> Nein
Mitglied Sterbehilfeorganisation	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben)	<input type="checkbox"/> Nein
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie Beschluss Ernennung Beistand bei Eintritt abgeben)	<input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie bei Eintritt abgeben)	<input type="checkbox"/> Nein
EPD (Elektronisches Patienten Dossier)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, dürfen wir Ihre Zugangsberechtigung haben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Impfstatus

Impfung gegen Covid-19

Ja (Bitte Kopie Covid-19 Zertifikat bei Eintritt abgeben)

Nein

Impfung gegen Grippe

Ja (Bitte Kopie Impfausweis bei Eintritt abgeben)

Nein

## Finanzen

### Korrespondenzempfänger:

Vorname:		Name:	
Telefon Privat:		Telefon Geschäft:	
E-Mail-Adresse:		Telefon Mobile:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Ort:	

### Bemerkungen:

--

Ich gebe mein Einverständnis für die Veröffentlichung meines Namens und Geburtstages in den Kommunikationsmitteln des Peterackers:

Ja       Nein

Ich gebe mein Einverständnis, dass ein Foto von mir für interne Zwecke in die Akten aufgenommen in den Kommunikationsmitteln des Peterackers verwendet wird:

Ja       Nein

Ich gebe mein Einverständnis für die Publikation von Fotos von mir aus Veranstaltungen und Anlässe in den Kommunikationsmitteln des Peterackers:

Ja       Nein

Ort und Datum	Unterschrift