

Anmeldung Pflegezentrum

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege (AÜP) | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Demenzabteilung |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt
Dauer..... | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Zweierzimmer |

Grundtaxen pro Tag	Hotellerie Einzelzimmer	CHF	150.00
	Hotellerie Zweierzimmer	CHF	140.00
	Betreuung / nicht KVG-pflichtig	CHF	58.00
	Zuschlag Kurzzeitpflege/Ferienaufenthalt (ausser bei AÜP)	CHF	20.00
	Selbstbehalt Pflegekosten (ausser bei AÜP)	CHF	23.00
Einmalige Leistungen (bei AÜP Abbruch fällig)	Eintrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	500.00
	Austrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	500.00
Depotleistung	Kurzzeitpflege	CHF	10000.00
	Langzeitpflege	CHF	12000.00
	Wechsel KZP zu LZP	CHF	2000.00
Zuschläge	Demenzerkrankung/Tag	<input type="checkbox"/> CHF 12.00	<input type="checkbox"/> CHF 29.00
	Gerontopsychiatrie/Tag		CHF 17.00
	Erhöhter Pflegebedarf nach RAI-Einstufung/Tag		CHF 12.00

Personalien Bewohner/in

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Konfession:
Heimatort:	Steuerort:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Zivilstand:	AHV-Nr.:

Gesetzlicher Vertreter (Name, Adresse, Telefon)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beistandschaft | <input type="checkbox"/> Finanziell |
| <input type="checkbox"/> Persönlich | |

Angehörige / Ansprechperson

1. Ansprechperson

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Telefon privat:	Mobile:
E-Mail:	
Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in:	

2. Ansprechperson

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Telefon privat:	Mobile:
Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in:	

Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Grundversicherung

Krankenkasse / SUVA / IV / andere: _____

Adresse / Sektion: _____

- zur Kenntnis genommen: nicht alle Krankenkassen anerkennen den Heimarzt für das Hausarztmodell.
Entsprechende Abklärungen sind Sache des Bewohners/der Bewohnerin bzw. des gesetzlichen Vertreters.

Zusatzversicherung

(wird nur für Spitalaufenthalt benötigt)

 Halbprivat Privat

Krankenkasse: _____

Adresse / Sektion: _____

Arzt

Hausarzt: _____

VerschiedenesWünschen Sie einen persönlichen Telefonanschluss ja neinDie Wäscheversorgung erfolgt durch: Spital Zofingen Angehörige
Wäsche mit Namen kennzeichnen durch: Spital Zofingen Angehörige**Weitere Angaben / Bemerkungen**Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung? leicht mittel schwer neinErhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja neinBeziehen Sie eine IV-Rente? ja neinBenötigen Sie einen Rollator ja nein
Haben Sie einen eigenen Rollator ja neinBenötigen Sie einen Rollstuhl ja nein
Haben Sie einen eigenen Rollstuhl ja nein

Die / der Unterzeichnende bestätigt, die Taxordnung Pflegezentrum Spital Zofingen erhalten zu haben. Sie / er ist über die Finanzierung des Aufenthaltes im Pflegezentrum Spital Zofingen informiert und erklärt sich damit einverstanden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontakt

Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so sind wir wie folgt erreichbar:

Spital Zofingen AG, Pflegezentrum
Mühlethalstrasse 27, 4800 Zofingen
Telefon 062 746 53 00, Fax 062 746 53 15

Bitte nicht ausfüllen Eintritt Pat. / Bew. kommt von: Wiedereintritt Zeitpunkt

Station: _____ Zimmer: _____