Luegeten AG
Luegtenstrasse 10
6313 Menzingen

Tel. 041 / 757 11 11
Fax 041 / 757 11 06
www.luegeten.ch
info@luegeten.ch

LUEGETEN
kompetent - herzlich

Gesuch um Aufnahme

☐ Anmeldung zum definitiven **Eintritt**
☐ Anmeldung für **Temporäraufenthalt**
☐ Anmeldung für **Warteliste**

☐ Einzelzimmer
☐ Doppelzimmer
☐ Zimmer nach Absprache

Gewünschter Eintritt

Ab _____

Von _____ bis _____

☐ Altersheim
☐ Pflegeabteilung
☐ Demenzabteilung

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Heimatort: _____ ges. Wohnsitz _____

AHV-Nr.: _____

Aktueller Aufenthaltsort: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Adresseintrag: **a)** bisheriger Wohnort **b)** Lugetenstrasse

Bisherige Hausärztin / Bisheriger Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Wird Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt Sie weitherhin betreuen? ☐ Ja ☐ Nein

Krankenkasse

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____

Kartenkennnummer: _____ Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte bei!

Sektion (Adresse): _____

_____

Angehörige oder Kontaktpersonen

1. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

« _____

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

« _____

3. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

« _____

4. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

« _____

« Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beiständin)

Finanzielles

☐ Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe.
(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)

☐ Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson für Sie.
(Diese Person ist Rechnungsempfänger)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

« _____

Vorschuss: ☐ CHF 6'000.- ☐ Individuell: CHF _____

Sollte Ihr Steuerort ausserkantonal sein, muss zuerst eine Kostengutsprache bei der zivilrechtlichen Wohnsitzgemeinde eingeholt werden. Bei einem negativen Entscheid müssen die zusätzlichen Kosten selbst getragen werden.

Bemerkungen

_____

_____

_____

Einweisender Arzt oder Institution / Spital: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, hinterlegt bei: _____

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, hinterlegt bei: _____

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Geschäftsleitung und die Pflegedienstleitung der Luegeten AG, Zentrum für Pflege und Betreuung, bei der Hausärztin / beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgebende Personen von der ärztlichen Schweigepflicht.
Die Geschäftsleitung sowie die Pflegedienstleitung der Luegeten unterstehen der Schweigepflicht.

Mit dem Ausfüllen dieses Gesuches anerkennt die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller den Pensionsvertrag, die Haus- und Taxordnung der LUEGETEN.
Die Unterzeichnende / der Unterzeichnende haftet für die gesamten Kosten gemäss Taxordnung, sofern diese nicht aus der obligatorischen Krankenversicherung oder durch die Einwohnergemeinden übernommen werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass über eine definitive Aufnahme erst nach erfolgten Abklärungen entschieden werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Eingangsdatum: _____

Visum: _____