

## Gesuch um Aufnahme

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anmeldung zum definitiven <b>Eintritt</b> | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung für <b>Temporäraufenthalt</b>   | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer          |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung für <b>Warteliste</b>           | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Natel: \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vorschuss:**     CHF 6'000.00                      Definitiver Eintritt  
                   CHF 3'000.00                      Temporärer Aufenthalt / Ferienbett

Sollte Ihr Steuerort ausserkantonale 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 bei der Hausärztin / beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgewebende 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: \_\_\_\_\_