



Betreuungsvertrag

zwischen

Alters- und Pflegezentrum Kreuzstift/Kurt di Gallo Schänis AG

und

Name, Vorname und Geburtsdatum

Von der Bewohnerin / dem Bewohner oder bevollmächtigten Person auszufüllen:

Personalien Bewohner / Bewohnerin			
Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	
Heimatort		Nationalität	
Zivilstand		Konfession	
AHV-Nummer			
Telefon-Nr.		Mobile-Nr.	
Wohnadresse			
Schriften hinterlegt			

Versicherungsinformationen			
Krankenkasse Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) bei.			
Krankenkasse		Policen-Nr.	
Sektion (Adresse)		PLZ/Ort	
Versicherungskarten-Nr.		Karte gültig bis	
Krankenkassen- versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> Standard-Modell <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell	<input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> Telmed-Modell	

Haftpflichtversicherung			
Haftpflichtversicherung		Policen-Nr.	

Hilfslosenentschädigung	
Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ergänzungsleistungen	
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Beistandschaft / Diverses

Existiert eine Beistandschaft ja nein

Falls ja,
welche?

- Begleitbeistandschaft
 Mitwirkungsbeistandschaft
 umfassende Beistandschaft
 Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung

Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	

Falls eine Beistandschaft vorhanden ist, bitte Kopie der Unterlagen beilegen.

Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> nein

Hausarzt

Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	

Rechnungsempfänger (nur auszufüllen, wenn der Bewohnende nicht selbst die Rechnung erhält)

Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	

Garantieleistung (wer leistet Garantie für die Übernahme der Heimkosten gemäss Tarifordnung)

subsidiäre Kostengutsprache Gemeinde Depotleistung Garantieleistung Privatperson

Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	
Ort/Datum		Unterschrift	



Bezugspersonen (im Notfall zu benachrichtigen)			
1. Bezugsperson			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	
2. Bezugsperson			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	
3. Bezugsperson			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	

Von der Institution auszufüllen:

Eintritt			
Eintrittsdatum und Zeit			
<input type="checkbox"/> Dauergast <input type="checkbox"/> Feriengast bis voraussichtlich:			
<input type="checkbox"/> Probewohnen bis voraussichtlich:			
Pat-Nummer		Zimmer-Nr.	
Abteilung		Stockwerk	

Abteilung
<input type="checkbox"/> Langzeitpflegeabteilung
<input type="checkbox"/> Geschützte Demenzabteilung
<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Abteilung
<input type="checkbox"/> Psychosoziale Wohngruppe
<input type="checkbox"/> Spezielles:

Zimmerkategorie
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer zur Alleinbenutzung
<input type="checkbox"/> Spezielles:

Ausstattung
<input type="checkbox"/> WC/ Dusche/ Lavabo
<input type="checkbox"/> WC/ Lavabo
<input type="checkbox"/> Lavabo

Diverses
<input type="checkbox"/> Telefonanschluss
<input type="checkbox"/> private Nummer <input type="checkbox"/> Heim-Nummer
<input type="checkbox"/> Fernsehanschluss
<input type="checkbox"/> privates Gerät <input type="checkbox"/> Gerät vom Heim
<input type="checkbox"/> Internetanschluss
Zimmerbeschriftung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wäschenamen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
<i>*Wäsche wird privat gewaschen</i>



Checkliste für die Institution

(vor Unterzeichnung durch die Heimleitung müssen diese Punkte erfüllt sein)

- Persönliches Gespräch (inkl. rechtlichen Vertretern) erfolgt
- Medizinische Abklärungen getroffen (FU, Medikamente, Arzt/ Pflegebericht)
- Kostengutsprache oder Sicherheitsleistung erhalten
- Informationen (Krankenkasse, Hausarzt, rechtliche Vertreter, Bezugsperson) vorhanden

Unterschrift der Vertragsparteien

Mit der Unterschrift bestätigt der Bewohnende oder sein rechtlicher Vertreter, mit den Bedingungen des Heimvertrags, den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), der aktuellen Tarifordnung sowie der Hausordnung einverstanden zu sein.

Weiter bestätigt der/die Unterzeichnende die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung oder deren Vertreter, beim Hausarzt allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Damit der Heimvertrag rechtliche Wirkung erzielt, muss dieser von allen Parteien rechtsgültig unterzeichnet sein. Bis zu diesem Zeitpunkt ist der Heimvertrag nicht bindend.

Datum _____

Unterschrift Bewohnender
(oder bevollmächtigte Person) _____

Unterschrift Heimleitung _____