

Anmeldung Pflegezentrum

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

Grundtaxen pro Tag	Hotellerie Einzelzimmer	CHF	145.00
	Hotellerie Zweierzimmer	CHF	135.00
	Betreuung / nicht KVG-pflichtig	CHF	58.00
	Zuschlag Kurzzeit-/Ferienaufenthalt (ausser bei AÜP)	CHF	20.00
	Selbstbehalt Krankenkasse (ausser bei AÜP)	CHF	21.60
Einmalige Leistungen	Eintrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	250.00
	Austrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	250.00
Depotleistung	Kurzzeitpflege	CHF	5000.00
	Langzeitpflege	CHF	6000.00
	Wechsel KZP zu LZP	CHF	1000.00
Zuschläge	Demenzabteilung / Tag	CHF 12.00	CHF 29.00
	Gerontopsychiatrie / Tag		CHF 17.00

Personalien Bewohner/in

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Konfession:
Heimatort:	Steuerort:
Adresse:	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:
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: _____

Versicherung

Krankenkasse: _____

Adresse / Sektion: _____

Arzt

Hausarzt: _____

Verschiedenes

Wünschen Sie einen persönlichen Telefonanschluss ja nein

Die Wäscheversorgung erfolgt durch Spital Zofingen Angehörige

Weitere Angaben / Bemerkungen

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung? leicht mittel schwer nein

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen? ja nein

Beziehen Sie eine IV-Rente? ja nein

Benötigen Sie einen Rollator ja nein

Haben Sie einen eigenen Rollator ja nein

Benötigen 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: _____