|  |
| --- |
| **Personalien** |
| *\* Pflichtfelder* |
| Name\* |       | lediger Name |       |
| Vorname\* |       | gesetzlicherWohnsitz\* |       |
| Adresse\* |       | PLZ/Ort\* |       |
| Geburtsdatum\* |       | Zivilstand\* |       |
| ehemaliger Beruf |       | Heimatort\* |       |
| Konfession |       | Tel.-Nr./Natel-Nr. |       |
| AHV-Nr.\* |       | E-Mail |       |
| KrankenkasseGrundversicherung\* |       | KrankenkasseZusatzversicherung\* |       |
| Krankenkassen-Versicherten-Nr.\* |       | Krankenkassen-Versicherten-Nr. |       |
| Krankenkassen-Karten-Nr. (KVG) |       | Krankenkassen-Karten-Nr. (VVG) |       |

|  |
| --- |
| **Anmeldung** |
|  |
| [ ]  Langzeitaufenthalt [ ]  Kurzaufenthalt [ ]  Tagesaufenthalt [ ]  vorsorglich |
|  |

|  |
| --- |
| **Vertretung in Vermögenssorge** (zuständig für finanzielle Angelegenheiten, Rechnungsadresse) |
| [ ]  Kontaktperson [ ]  Beistandschaft [ ]  selbstverantwortlich |
| Name/Vorname\* |       | Verwandt-schaftsgrad\* |       |
| Adresse\* |       | PLZ/Ort\* |       |
| Tel.-Nr./Natel-Nr.\* |       | E-Mail\* |       |

Der/die Bevollmächtigte ist befugt, das zur Finanzierung des Lebensunterhaltes Notwendige auszuführen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

|  |
| --- |
| **Vertretung in Personensorge** (zuständig für medizinische/pflegerische Fragen) |
| Name/Vorname\* |       | Verwandt-schaftsgrad\* |       |
| Adresse\* |       | PLZ/Ort\* |       |
| Tel.-Nr./Natel-Nr.\* |       | E-Mail\* |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Angehörige/wichtige Bezugspersonen** |
| Name/Vorname |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort |       |
| Tel.-Nr./Natel-Nr. |       | E-Mail |       |
|  |  |  |  |
| Name/Vorname |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort |       |
| Tel.-Nr./Natel-Nr. |       | E-Mail |       |
|  |  |  |  |
| Name/Vorname |       | Verwandtschaftsgrad |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort |       |
| Tel.-Nr./Natel-Nr. |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| **Hausarzt** |
| Name/Vorname\* |       | Tel.-Nr. |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort\* |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Ärzte** |
| Name/Vorname |       | Tel.-Nr. |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort |       |
| Fachgebiet |       | E-Mail |       |
|  |  |  |  |
| Name/Vorname |       | Tel.-Nr. |       |
| Adresse |       | PLZ/Ort |       |
| Fachgebiet |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| **Finanzierung/Personenrecht** |

Ergänzungsleistungen\* [ ]  ja [ ]  beantragt [ ]  nein

Hilflosenentschädigung\* [ ]  ja [ ]  beantragt [ ]  nein

Vorsorgeauftrag vorhanden\* [ ]  ja [ ]  validiert [ ]  nein

Patientenverfügung vorhanden\* [ ]  ja [ ]  nein

Betreuung durch Zentrumsarzt\* [ ]  ja, ich bin einverstanden

*(exkl. Tagesaufenthalt)* [ ]  nein (bisheriger Hausarzt beibehalten, dieser ist damit einverstanden)

Bitte zutreffendes ankreuzen\* *(exkl. Tagesaufenthalt)*:

* Es sind genügend Mittel vorhanden, um die kommenden Monatsrechnungen (ca. CHF 6’500.00/Monat) von Beginn weg zu begleichen.

[ ]  ja [ ]  nein 🡺 [ ]  unbefristete subsidiäre Kostengutsprache

* Die Depotzahlung kann bis spätestens 10 Tage nach Eintritt bezahlt werden.

(Kurzaufenthalt: CHF 4'000.00/Langzeitaufenthalt: CHF 6'000.00. Die Bezahlung ist auch durch Dritte möglich.)

[ ]  ja [ ]  nein 🡺 [ ]  unbefristete subsidiäre Kostengutsprache / [ ]  Solidarbürgschaft

* + IBAN-Nr. vom Postkonto lautend auf Zentrum Schlossmatt Region Burgdorf, 3400 Burgdorf:
	CH03 0900 0000 3400 0197 0

Wir bitten Sie, die Kontoangaben anzugeben für den Fall einer Rückzahlung des Guthabens.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontoinhaber\* |       | IBAN-Nr.\* |       |
| Begründung(wenn Kontoinhaber = Drittperson) |       |

**Vollmacht:**

Das Zentrum Schlossmatt Region Burgdorf sowie der Zentrumsarzt werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung dem Zentrum Schlossmatt gegenüber ermächtigt.

Der/Die Unterzeichnende oder der/die Bevollmächtigte/r bestätigt, dass er/sie

* das Informationsblatt für Kurzaufenthalter und die Tarifliste (inkl. «Im Tarif enthaltene Leistungen» und «Im Tarif nicht enthaltene Leistungen») erhalten respektive von der Website des Zentrum Schlossmatt Region Burgdorf heruntergeladen hat und mit den Bestimmungen einverstanden ist
* die Tarifliste Tageszentrum erhalten hat und damit einverstanden ist
* die Datenschutzerklärung (siehe <http://www.zsburgdorf.ch/ueber-uns-8/datenschutzerklaerung>) zur Kenntnis genommen hat und deren Inhalt zustimmt

Ort, Datum\* Unterschrift\*

Bitte bringen Sie bis zum Eintrittstag folgende Dokumente mit:

[ ]  Niederlassungsausweis oder Familienbüchlein [ ]  Krankenkassenkarte

[ ]  Betreibungsregisterauszug [ ]  Identitätskarte der Vermögens- und Personensorge

[ ]  aktuelle Rentenausweise

Falls vorhanden, resp. verlangt:

[ ]  Patientenverfügung [ ]  Verfügung der Ergänzungsleistung inkl. Berechnung

[ ]  Vorsorgeauftrag/Urkunde KESB [ ]  Verfügung der Hilflosenentschädigung

[ ]  Ernennungsurkunde inkl. Entscheide (Beistandschaft) [ ]  Solidarbürgschaft

Wir sind für Sie da:

Anmeldung+Beratung • anmeldung+beratung@zsburgdorf.ch • Tel. 034 421 91 20

Zentrum Schlossmatt Region Burgdorf • Einschlagweg 38 • 3400 Burgdorf