|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | | | |
| *\* Pflichtfelder* | | | |
| Name\* |  | lediger Name |  |
| Vorname\* |  | Gemeinde,  wo Schriften sind\* |  |
| Adresse\* |  | PLZ/Ort\* |  |
| Geburtsdatum\* |  | Zivilstand\* |  |
| Beruf |  | Heimatort\* |  |
| Konfession |  | Telefon |  |
| Krankenkasse  Grundversicherung\* |  | Krankenkassen-Versicherten-Nr.\* |  |
| Krankenkasse  Zusatzversicherung\* |  | Krankenkassen-Versicherten-Nr. |  |
| AHV-Nr.\* |  | Krankenkassen-Karten-Nr. (KVG) |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vertretung in Vermögenssorge** (zuständig für finanzielle Angelegenheiten, Rechnungsadresse) | | | |
| Kontaktperson  Beistandschaft  selbstverantwortlich | | | |
| Personalien der zuständigen Kontaktperson/Beistand: | | | |
| 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 6’000.00/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

Zentrum Schlossmatt Region Burgdorf • Einschlagweg 38 • 3400 Burgdorf

Tel. 034 421 91 20 • [anmeldung+beratung@zsburgdorf.ch](mailto:anmeldung+beratung@zsburgdorf.ch) • [www.zsburgdorf.ch](http://www.zsburgdorf.ch)